

SUIZIDVERSUCHE MIT MEDIKAMENTEN

PETER DENK

1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554610_0047

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. Hanns Hippus

Suizidversuche mit Medikamenten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

an der Ludwig Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

Peter Denk

aus

München

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. E. Rüther

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 24.4.86

Inhaltsverzeichnis

- 1.0 Einleitung
- 2.0 Fragestellung
- 3.0 Untersuchungsgut und Methodik
- 4.0 Ergebnisse (1): Suizidversuche vor Aufnahme
 - 4.1 Das Patientenkollektiv
 - Statistische Angaben und Vorgeschichte
 - 4.2 Der Suizidversuch
 - 4.2.1 Medikamente
 - 4.2.2 Begleitumstände
 - 4.3 Behandlung nach dem Suizidversuch
- 5.0 Ergebnisse (2): Suizidversuche während eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen Klinik
- 6.0 Diskussion (1): Suizidversuche vor Aufnahme
 - 6.1 Statistische Daten und Anamnese
 - 6.2 Der Suizidversuch
 - 6.2.1 Pharmaka
 - 6.2.2 Das Umfeld
 - 6.3 Therapie nach dem Suizidversuch
- 7.0 Diskussion (2): Suizidversuche während des Klinikaufenthalts
- 8.0 Zusammenfassung
- 9.0 Literaturverzeichnis

1.0 Einleitung

"Die Höhe der Selbstmordrate in einer Gesellschaft ist signifikant für die dort herrschenden seelischen Gesundheitsverhältnisse" (Stengel, 82).

In Anbetracht der in Deutschland langsam, aber stetig sinkenden Zahl der Selbstmorde (Böcker, 14; für Bayern: Statistisches Landesamt, 6) kann man durchaus zufrieden sein mit der psychischen Gesundheit der Bürger dieses Landes, sofern diese Aussage absolute Gültigkeit besitzt.

Das jedoch scheint eben zweifelhaft zu sein: ist es denn wirklich allein die Zahl der Selbstmorde, an der inneres Wohlbefinden und Zufriedenheit der Menschen gemessen werden können? Ist es nicht erforderlich, zumindest auch die Suizidversuche mit heranzuziehen, um ein derart komplexes Problem richtig beurteilen zu können?

Hier muß sich allerdings die grundlegende Frage stellen, inwieweit es überhaupt zulässig ist, Selbstmorde und Suizidversuche als eine Gruppe zu behandeln. In der Literatur herrscht darüber keine einheitliche Meinung vor.

Wiendick (93) vertritt die Anschauung, daß eine Übertragung aus Untersuchungen über Suizidversuche auf den Suizid unzulässig ist, da zwischen Suizid und Suizidversuch nicht nur ein quantitativer Unterschied in der Intensität der Suizidneigung (ausgedrückt durch den letalen bzw. nicht letalen Ausgang), sondern ein qualitativer in der Motivation der suizidalen Handlung besteht.

Stengel (85) ist der Ansicht, daß man Selbst-

mord und Selbstmordversuch nur dann als eine Gruppe behandeln darf, wenn die meisten Personen sofort nach einem sogenannten mißglückten Selbstmordversuch auch weiterhin Selbstmordversuche unternähmen, bis zum Erreichen des tödlichen Ausgangs. Die Wahrscheinlichkeit, daß der Versuch wiederholt wird und diesesmal tödlich endet, ist in den Fällen höher, in denen der Selbstmordversuch nicht die Umstände, die den Anlaß gaben, geändert hat. Tuckman und Youngman (87) haben dazu festgestellt, daß nur ein kleiner Prozentsatz derjenigen, die Selbstmordversuche begehen, später durch Selbstmord stirbt (ca. 1% bis 11%). Diese Zahl liegt aber dennoch etwa 140 mal höher als bei der Normalbevölkerung.

De Boer (16) und Feudell (27) vertreten die Auffassung, daß qualitative Unterschiede in der Aktstruktur des gelungenen Selbstmordes und des ernsthaften Versuches nicht bestehen.

Dieser kurze Satz macht die Schwierigkeit dieser Abgrenzung deutlich.

Im deutschen Sprachgebrauch wird zunächst einmal jegliche Art von absichtlicher Selbstbeschädigung mit mehr oder minder klarer Selbsttötungstendenz (Ringel, 69) unter den Begriff "Suizidversuch" subsumiert, angefangen von der einfachsten Selbstbeschädigung bis hin zum beabsichtigten Selbstmord, der nur durch das Eintreten unvorhergesehener Umstände nicht letal geendet hat.

Um dieser Problematik zu begegnen, war es nötig, den Suizidversuch differenzierter zu sehen. Für diese Arbeit wurde zur Beurteilung

der Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs die Einteilung von Böcker (11) übernommen:

Als parasuizidale Geste werden die vorwiegend demonstrativen Suizidversuche gewertet, die "eindeutig nur auf ein persönliches Leid hindeuten sollten und bei denen genügend Sicherungen eingebaut waren, um einen tödlichen Ausgang zu vermeiden".

Als Suizidversuche mit passivem Todeswunsch werden diejenigen Suizidversuche bezeichnet, bei denen "nicht der Tod, sondern das Leben im Vordergrund stand, jedoch die Gefahr des Sterbens in Kauf genommen wurde".

Als ernsthaft werden die Suizidversuche beurteilt, bei denen "in das Handeln der Wille zum Tod einbezogen war".

Diese Dreiteilung scheint den Erfordernissen eher gerecht zu werden als die von Hausmann (38) benutzte Abgrenzung von "ernsthaftem Suizidversuch" zur "Selbstbeschädigung ohne Suizidtendenz", die dem "Pseudosuizid" Zwingmanns (95) entspricht und in der angloamerikanischen Literatur mit "self-poisoning" bezeichnet wird.

Stengel (86) definiert als Selbstmordversuch eine absichtliche Selbstbeschädigung, bei der die handelnde Person nicht wissen konnte, ob sie überleben wird oder nicht.

Die Vielschichtigkeit der Suizidversuche läßt es in den meisten Fällen sicher nicht zu, Selbstmorde und Suizidversuche als gleichwertige Handlungen zu werten. Es ist jedoch davon auszugehen, daß jeder Suizidversuch als Ausdruck einer psychischen Störung zu sehen ist.

Man muß von der durch viele Untersuchungen belegten Tatsache ausgehen, daß die Zahl der Suizidversuche rapide ansteigt.

So stellte Böcker (13) in einer Langzeitstudie über die Jahre 1950 - 1967 in Köln ein Anwachsen der Suizidversuche von 30 auf 85 pro Jahr und 100 000 Einwohner fest.

Dieselbe Tendenz beobachteten Proudfoot u.a. (64) in Edinburgh (Schottland): die jährliche Zahl der stationären Aufnahmen wegen eines Suizidversuchs stieg von 964 im Jahre 1967 auf 2134 im Jahr 1976.

Die aktuellsten verfügbaren Vergleichszahlen sind die des Statistischen Landesamtes im Bereich Bayern (6), die eine Zunahme der Suizidversuche von 1978 - 1980 um etwa 7% dokumentieren. Die tatsächliche Zahl der Suizidversuche dürfte jedoch noch weitaus höher liegen, wie zahlreiche Autoren in verschiedenen Ländern wegen der hohen Dunkelziffer unbehandelter oder nicht als solcher erkannten Suizidversuche vermuten (Stengel 84, Rüegsegger 72, Linden 51, Henseler 41).

Stengel (86) nimmt auf Grund verschiedener statistischer Arbeiten an, daß die Anzahl der Selbstmordversuche ungefähr 8 - 15 mal so groß sei wie die der Selbstmorde.

Dies macht es sicher notwendig, in den einleitend zitierten Ausspruch (Stengel 82) die Suizidversuche miteinzubeziehen.

Von einer weiteren Tatsache ist auszugehen: in den letzten Jahrzehnten bekamen Medikamente einen immer höheren Stellenwert als Mittel zum Suizidversuch. Diese ständig zuneh-

mende Bedeutung der Pharmaka dokumentiert sich in nahezu allen Arbeiten zu diesem Thema. 1810 wurden bei Suizidversuchen lediglich 3,4% mit Vergiftungen registriert (Esquirol, Frankreich). Die Entdeckung der Substanz Chlo-
ralhydrat 1869 sowie der Barbiturate im Jahr 1903 verhalf den Medikamenten zu einem permanent steigenden Zuwachs bei den Suizidversuchen, zunächst bedingt vor allem durch die barbiturathaltigen Schlafmittel.

Als Beispiele dafür seien folgende Untersuchungen genannt (die Prozentzahlen geben den Anteil der Suizidversuche mit Medikamenten an):

Schmidt (München)	1938:	29%
Dahlgren (Malmö)	1942:	33%
Stengel (London)	1953:	37%
Dotzauer (Hamburg)	1958:	52%
Levi (New York)	1965:	63%
Linden (Frankfurt)	1966:	68%
Schuster (Mainz)	1969:	88%
Bayer. Statistik	1980:	64%.

Waren es bis 1960 fast ausschließlich Schlafmittel, die den Hauptanteil der zum Suizidversuch verwendeten Medikamente bildeten, so traten von dieser Zeit an zunächst im englischsprachigen Raum auch Psychopharmaka und hier besonders die benzodiazepinhaltigen Tranquilizer in Erscheinung (Levi, New York 1963 - 1965, 50).

Eine Arbeit von Proudfoot u.a. (64) über die Jahre 1967 - 1976 in Edinburgh (Schottland) verdeutlicht das Ansteigen der Tranquilizer mit einem von 8% auf 40% wachsenden Anteil an suizidalen Arzneimittelvergiftungen, wo-

bei vermutet wird, daß infolge der großen Dunkelziffer nicht bekannt gewordener Suizidversuche dieser Anteil noch um einiges höher liegen dürfte.

Der gleiche Trend wurde auch in Deutschland beobachtet, wenn auch zunächst noch in geringerem Ausmaß. Hausmann (38) untersuchte 1963 - 1966 in Hamburg Suizidversuche, an denen ausschließlich Frauen beteiligt waren, und kam auf 84% Suizidversuche mit Medikamenten, davon immerhin bereits 31% mit barbituratsäurefreien Schlafmitteln und Sedativa.

Schuster (79) konnte für die Jahre 1966 - 1969 in Mainz diese Verschiebung zu barbituratsäurefreien Hypnotika bestätigen: die Zunahme der Gesamtzahl der Suizidversuche mit Tabletten führt er auf die wachsende Bedeutung der Psychopharmaka zurück und deutet vorsichtig an, daß Vergiftungen mit "Psychosedativa" (vermutlich Tranquilizer) zuzunehmen scheinen.

Grüneberg, Helmchen und Hippus (35) erwähnen 1972 erstmals in einer exakten Aufstellung die Tranquilizer als eigene Pharmakagruppe, die 10% aller zum Suizidversuch verwendeten Pharmaka ausmacht. Der Schwerpunkt der Medikamente lag immer noch eindeutig bei Hypnotika und Sedativa mit einem Anteil von über 75%.

Bis 1977 waren in Deutschland getrennt nach Pharmaka-Gruppen die 1978 mit Rezeptpflicht belegten Bromcarbamide mit 36% die häufigste Vergiftungsursache. Heute sind auch in Deutschland Benzodiazepine bei den Suizidversuchen klar an der Spitze zu finden, zumal sie zu den am häufigsten eingenommenen Medikamenten über-

haupt gehören. Zwischen 1970 und 1980 hat sich ihr Verbrauch zum Teil auf Kosten der toxischeren Barbiturate mehr als verdoppelt (Matakas 52).

Dieses Faktum beantwortet auch die Frage, weshalb Medikamente immer häufiger als Mittel zum Suizidversuch Verwendung finden. Bochnik (10) hatte bereits 1962 Suizidmethoden in "harte" (Strangulation, Ertrinken, Erschießen, Schnitt- und Stichverletzungen, Abstürze) und "weiche" (alle Arten von Vergiftungen) eingeteilt.

Die Zunahme der "weichen Methoden" basiert nach Linden (51) auf dem Boden des expansiv zunehmenden Medikamentenkonsums. Die daraus entstandene Ubiquität der Pharmaka, die heutzutage wohl nahezu in jedem Haushalt in irgendeiner Form aufzufinden sind und sich grundsätzlich auch zu einem Suizidversuch mißbrauchen lassen, läßt diesen speziellen Medikamentenabusus weiter ansteigen.

Daneben werden von Linden (51) zwei weitere Faktoren für diese Entwicklung angegeben: die Schmerzlosigkeit dieser Methode verringert die Angst vor dem Suizidversuch und senkt damit die Hemmschwelle. Schließlich vertritt er die Meinung, Medikamente seien - entsprechend dosiert - zu demonstrativen Suizidhandlungen am ehesten geeignet.

Nach Feudell (27) spielt bei allen nicht-psychotischen Selbstmordversuchen die Frage des Schmerzes und der körperlichen Entstellung heute mehr als früher eine erhebliche Rolle.

Die vorliegende Arbeit will versuchen, eine definierte Anzahl von Suizidversuchen mit Medikamenten darzustellen und zu analysieren.

2.0 Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich in zwei Teile:

1. Suizidversuche mit Medikamenten, die zu einer stationären Aufnahme in der Psychiatrischen Universitätsklinik führten (4.1 - 4.3)
2. Suizidversuche während eines stationären Aufenthalts (5.0)

Im ersten Abschnitt wurden soziodemographische Daten und psychiatrische Anamnese der Patienten untersucht.

Konkret wurde gefragt:

Alter, Geschlecht, Schulbildung und Beruf der Patienten?

Waren die Patienten bereits früher in psychiatrischer Behandlung, wie lang lag diese zurück, Art und Dauer der Krankheit?

Wurde der Suizidversuch mit den zur Therapie eingesetzten Medikamenten verübt?

Welche Patienten hatten bereits in der Vergangenheit einen oder mehrere Suizidversuche unternommen? Inwieweit änderten sich Methoden oder Medikamente?

Welche psychiatrische Erkrankung lag vor?

Handelte es sich um Alkoholiker, lag Medikamentenmißbrauch (chronisch) vor?

Bestehen Zusammenhänge zwischen Mißbrauch und den beim Suizidversuch verwendeten Medikamenten?

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Suizidversuche mit Tabletten. Andere Methoden wurden ausgeklammert, da das Hauptinter-

esse auf den pharmakologischen Folgen der Intoxikation lag.

Der Schwerpunkt der Arbeit soll auf der Beschreibung der zum Suizidversuch verwendeten Medikamente und der durch sie bedingten Gefährdung liegen.

So wurde die Bewußtseinslage der Patienten in Abhängigkeit von den eingenommenen Medikamenten untersucht sowie die Häufigkeit und Art neurologischer bzw. somatischer Schäden, die durch den Suizidversuch aufgetreten sind.

Ungenauigkeiten und Lücken in der Information über diese Folgen des Suizidversuchs mußten in Kauf genommen werden, da ein Großteil der Patienten primär in internistischen Kliniken behandelt wurden und auf die von dort mitgeteilten Befunde zurückgegriffen werden mußte.

Unser Klientel stellt somit eine Selektion im Hinblick auf den Schweregrad der psychischen Auffälligkeit dar, da es nur aus Patienten besteht, die entweder nach internistischer Vorbehandlung in die Psychiatrische Universitätsklinik überwiesen wurden oder nach dem Suizidversuch direkt hier aufgenommen wurden.

Darüber hinaus wurden die Hintergründe des Suizidversuchs untersucht:

Welche Gründe für den Suizidversuch sind bekannt, wurde er vorher angekündigt?

Wie kann Ernsthaftigkeit und Lebensgefährdung eingestuft werden, gab es Übereinstimmungen zwischen diesen Punkten?

Schließlich wurde auf die während des Klinikaufenthalts getroffenen therapeutischen Maßnahmen eingegangen.

Suizidversuche während des stationären Aufenthaltes:

Suizidversuche stellen eine der gravierendsten Gefahren in einer psychiatrischen Behandlung dar. Es gilt, sie mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu verhindern, wobei diesem Ziel allerdings Grenzen gesetzt sind.

Im Gegensatz zum ersten Abschnitt sollen hier alle Methoden einer suizidalen Handlung einbezogen werden. Dieses Spektrum war sehr breit, angefangen bei jedem selbstbeschädigenden Akt, bei dem eine Suizidabsicht erkennbar war, dabei jedoch ohne gravierende Folgen blieb, bis hin zum lebensgefährlichen Suizidversuch.

Es soll untersucht werden, welche Patientenpopulation unter welchen Umständen im Hinblick auf Suizidalität besonders gefährdet ist und welche Maßnahmen ergriffen werden können, um das Suizidrisiko zu erkennen und zu vermindern.

Inbesondere soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Psychopharmaka-Therapie bei der Genese einer Suizidhandlung eine mitursächliche Rolle spielt.

Zusätzlich zu den bereits im ersten Abschnitt angesprochenen Fragen wurde berücksichtigt:

Art und Ort des Suizidversuchs?

Zeitintervall Klinikaufnahme - Suizidversuch?

Wurde die medikamentöse Therapie vor dem Suizidversuch umgestellt?

Wurde von den Ärzten Suizidalität registriert?

Maßnahmen (pharmakologisch, Art der Überwachung) nach dem Suizidversuch?

3.0 Untersuchungsgut und Methodik

3.1 Untersuchungsgut

- a) Im ersten Abschnitt: 52 Patienten, die im Zeitraum März - September 1981 nach einem Suizidversuch mit Medikamenten bzw. Medikamenten in Kombination mit anderer Suizidmethode in der Psychiatrischen Universitätsklinik München stationär behandelt wurden.
- b) Im zweiten Abschnitt befaßt sich die Studie mit 14 Patienten, die während eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen Universitätsklinik von Januar - September 1981 einen Suizidversuch unternommen haben.

Es wurden in diese Arbeit sämtliche Suizidversuche mit Medikamenten aus den oben genannten Zeiträumen aufgenommen, unabhängig davon, ob die Patienten nach dem Suizidversuch primär in einer Notfallklinik betreut worden waren oder direkt in die Psychiatrische Universitätsklinik kamen. Somit kommen alle möglichen Schweregrade der Vergiftung vor.

Eine gewisse Selektion mag sich daraus ergeben haben, daß ein Teil der Patienten aus internistischen Kliniken entlassen wurde ohne Verlegung in die Psychiatrische Universitätsklinik; dies kann auch auf möglicherweise medizinisch gefährliche Suizidversuche zutreffen, wenn keine schwerwiegende psychische Störung angenommen wurde.

3.2 Methodik

Es wurden in diese Studie alle Patienten aufgenommen, die während der oben genannten Monate im Anschluß an einen Suizidversuch mit Medikamenten in der Psychiatrischen Universitätsklinik behandelt wurden.

Auch die 14 Patienten des zweiten Abschnitts wurden ohne vorherige Auswahlkriterien untersucht, d.h., diese Arbeit befaßt sich mit allen in dem betreffenden Zeitraum vorgekommenen Suizidversuchen während eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen Universitätsklinik.

Alle Patienten dieser Studie wurden mit Hilfe eines Untersuchungsbogens erfaßt. Die Detaildaten entstammen einer retrospektiven Untersuchung der Krankengeschichten, aus denen mit Hilfe zweier speziell erarbeiteter Fragebögen die gewünschten Informationen ermittelt werden sollten.

(Diese Fragebögen sind der Arbeit vor dem Literaturverzeichnis beigelegt.)

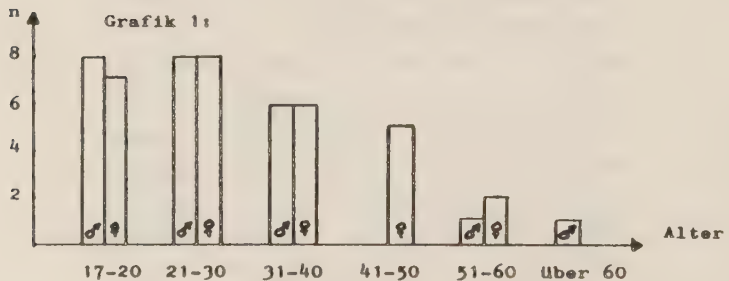
4.0 Ergebnisse (1): Suizidversuche vor Aufnahme

4.1 Das Patientenkollektiv

Untersucht wurden 52 Patienten, die im Anschluß an einen Suizidversuch (in der Folge abgekürzt: SV) mit Medikamenten in der Psychiatrischen Universitätsklinik behandelt wurden.

1. Alters- und Geschlechtsverteilung

17 - 20 Jahre:	15 Patienten	(29%)
21 - 30	" : 16	" (31%)
31 - 40	" : 12	" (23%)
41 - 50	" : 5	" (10%)
51 - 60	" : 3	" (6%)
über 60	" : 1 Patient	(2%)

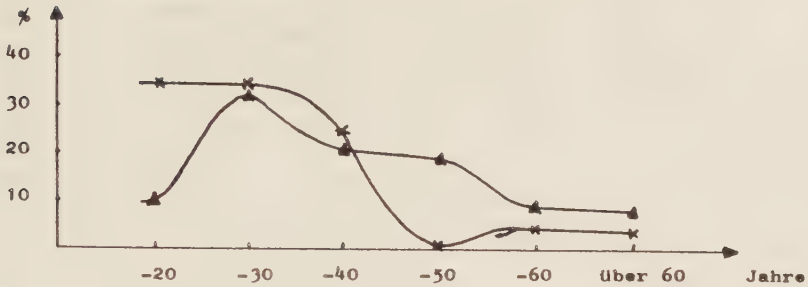


60% der Patienten waren jünger als 31 Jahre, 38% befanden sich im mittleren und nur 2% im höheren Lebensalter. Mit 53% hatten die Frauen ein leichtes Übergewicht im Vergleich zu den Männern, was nahezu der Geschlechtsverteilung der Gesamtklinikpopulation entspricht (51% Frauen).

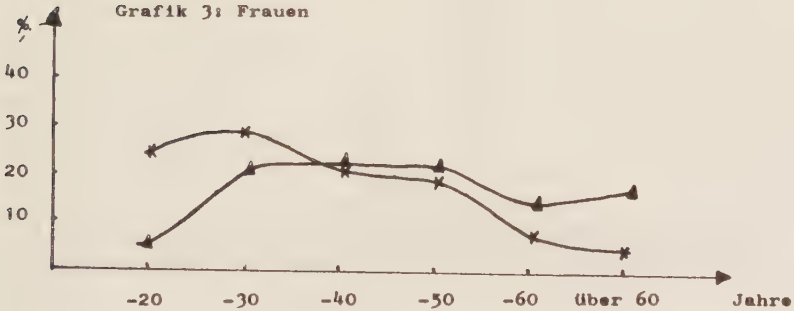
Innerhalb der einzelnen Altersgruppen waren Männer und Frauen fast gleichoft vertreten; lediglich die Gruppe zwischen 41 und 50 Jahren bestand ausschließlich aus Frauen.

Vergleich mit der Gesamtklinikpopulation (1981)

Grafik 2: Männer



Grafik 3: Frauen



▲ Gesamtklinik-Population

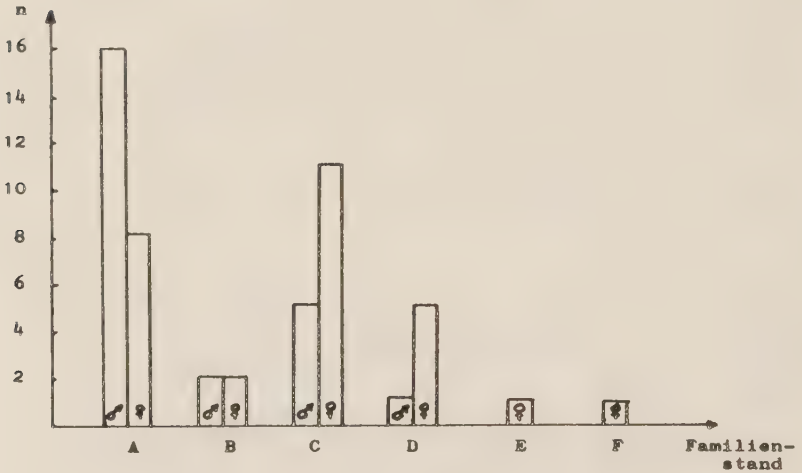
× Patientenkollektiv SV

Die jungen Patienten (- 20 Jahre) dieser Untersuchung waren (vor allem bei den Männern) prozentuell stärker vertreten als in der Gesamtklinikpopulation, während die anderen Altersgruppen zahlenmäßig nicht stark voneinander abweichen.

2. Familienstand

A = ledig	:	24 Patienten	(46%)
B = zusammen lebend	:	4 "	(8%)
C = verheiratet	:	16 "	(31%)
D = geschieden	:	6 "	(12%)
E = verwitwet	:	1 Patient	(2%)
F = unbekannt	:	1 "	(2%)

Grafik 4:



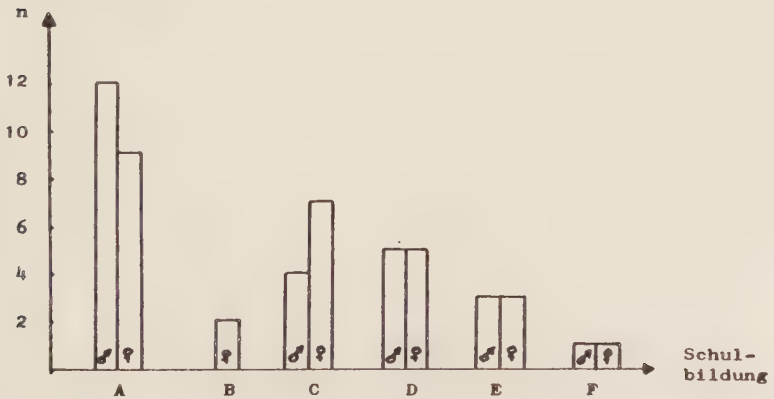
Fast die Hälfte der Patienten waren ledig, wobei hier die Männer deutlich in der Überzahl waren (16 Männer/ 8 Frauen).

Die nächstgrößte Gruppe bildeten die Verheirateten mit etwa einem Drittel der Patienten; hier überwogen die Frauen (11 Frauen/ 5 Männer).

3. Schulbildung

A = Volksschule	: 21 Patienten	(40%)
B = Sonderschule	: 2	" (4%)
C = Realschule	: 11	" (21%)
D = Gymnasium	: 10	" (19%)
E = Studium	: 6	" (12%)
F = unbekannt	: 2	" (4%)

Grafik 5:

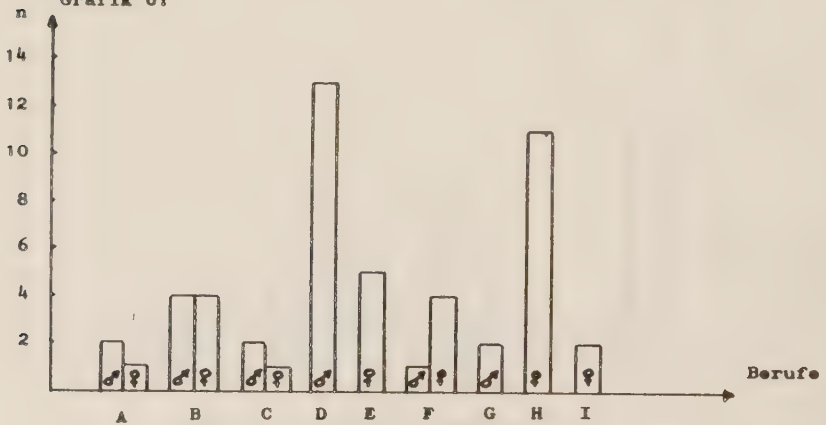


Mit 40% hatte der Hauptteil der Patienten Volksschulbildung. Patienten, die die Realschule bzw. das Gymnasium besucht hatten, waren nahezu gleichoft vertreten.

4. Berufe

A = Selbständige	:	3 Patienten	(6%)
B = Angestellte/Beamte	:	8 "	(15%)
C = Arbeiter	:	3 "	(6%)
D = Bundeswehrangehörige	:	13 "	(25%)
E = medizin. Berufe	:	5 "	(10%)
F = arbeitslos	:	5 "	(10%)
G = in Ausbildung/Schüler	:	2 "	(4%)
H = Hausfrauen	:	11 "	(21%)
I = unbekannt	:	2 "	(4%)

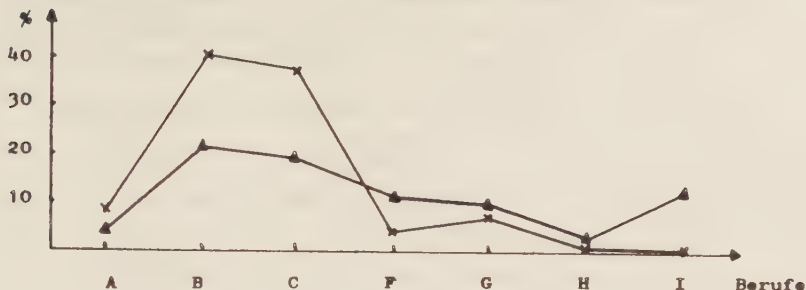
Grafik 6:



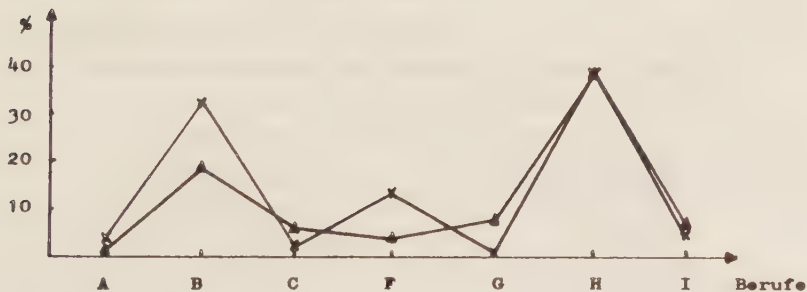
Die größte Gruppe mit 25% bilden hier die Angehörigen der Bundeswehr; am zweithäufigsten vertreten sind Hausfrauen mit 21%.

Vergleich mit der Gesamtklinik-Population:

Grafik 7: Männer



Grafik 8: Frauen



Gesamtklinik-Population

Patientenkollektiv SV

Bei dieser Gegenüberstellung ergab sich das Problem, daß bei den in der EDV gespeicherten Berufen die Rubriken "Bundeswehrangehörige" und "medizinische Berufe" nicht aufgeführt sind. Aus diesem wurden in den Grafiken 7 und 8 die medizinischen Berufe unseres Patientengutes der Spalte B (Angestellte/Beamte) und die Bundeswehrangehörigen jeweils zur Hälfte den Spalten B und C (Arbeiter) zugerechnet. Es ergaben sich nahezu identische Verteilungskurven.

5. Frühere psychiatrische Behandlung

- Insgesamt befanden sich 29 Patienten (56%; 15M, 14F) bereits früher in psychiatrischer Behandlung; davon waren 22 Patienten (42%; 8M, 14F) schon mindestens einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung.

- Häufigkeit früherer stationärer psych. Behandlung:

1x: 7 Patienten (4M, 3F)

2x: 8 " (1M, 7F)

3x: 3 " (1M, 2F)

4x: 1 Patient (1F)

5x: 4 Patienten (2M, 2F)

8x: 1 Patient (1F)

15 dieser Patienten (68%; 6M, 9F) hatten in der Vergangenheit mindestens einen SV verübt.

- Daneben/zusätzlich befanden sich 23 Patienten zu einem früheren Zeitpunkt in ambulanter psychiatrischer Therapie:

Nervenarzt : 15 Patienten (8M, 7F)

Psychotherapeut: 2 " (1M, 1F)

Beratungsstelle: 2 " (2F)

Hausarzt : 2 " (2F)

- 11 Patienten (21%; 4M, 7F) befanden sich während des Monats vor dem SV in psychiatrischer Behandlung; bei 4 Patienten (8%; 3M, 1F) lag sie 3 Monate zurück, bei weiteren 5 Patienten (10%; 2M, 3F) 6 Monate. 6 Patienten (12%; 2M, 4F) waren vor 1 Jahr das letztmal in psychiatrischer Behandlung, bei 2 Patienten (4%; 2M) lag sie 5 bzw. 10 Jahre zurück, bei 1 Patient (2%; 1M) über 10 Jahre.

- Die Krankheitsdauer konnte bei 7 Patienten nicht ermittelt werden. Bei den anderen 22 Patienten schwankt sie in einem breiten Spektrum ohne besondere Häufigkeiten zwischen einem und 20 Jahren (mittlere Krankheitsdauer: 6 Jahre).

- Bei den früher gestellten Diagnosen finden sich Häufigkeiten bei neurotischen Depressionen (5x), der paranoiden Schizophrenie (4x) und endogenen Depressionen (3x).

6. Frühere Suizidversuche

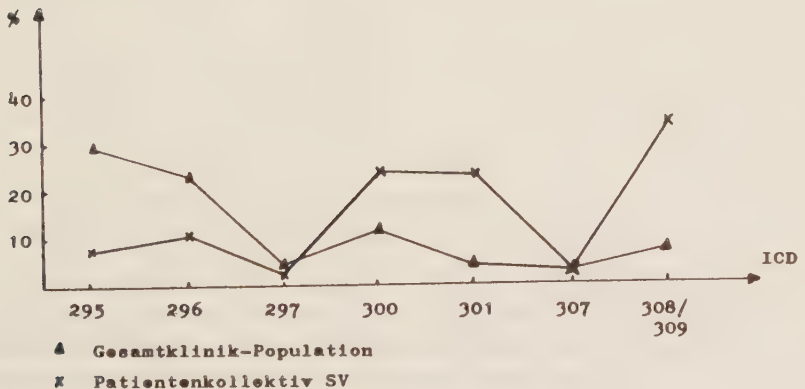
- Insgesamt 22 Patienten (42%; 8M, 14F) hatten früher bereits einen oder mehrere SVE unternommen.
- Anzahl der SVE:
 - 1x: 13 Patienten (6M, 7F)
 - 2x: 4 " (1M, 4F)
 - 3x: 3 " (3F)
 - 5x: 2 " (1M, 1F)
- In 20 Fällen handelt es sich bei dem vorausgegangenen um einen SV mit Medikamenten; 2 Frauen verübten einen SV durch Pulsaderschnitt.
- Beim vorausgegangenen SV verwendete Medikamente:
 - 6x Tranquilizer
 - 3x Neuroleptika
 - 2x Antidepressiva
 - 2x Hypnotika
 - 1x Analgetika
 - 6x unbekannte Medikamente
- Beim Vergleich des vorausgegangenen mit dem jetzigen SV fiel auf, daß in 3 Fällen (1M, 2F) das gleiche Medikament benutzt wurde, während in 6 Fällen (2M, 4F) die Pharmakagruppe identisch blieb. Lediglich 5 Patienten verwendeten ein gänzlich anderes Pharmakon (ohne Berücksichtigung der 6 unbekannten Fälle).

7. Diagnosen

- Die größte Gruppe bilden hier die psychogenen Reaktionen mit 20 Fällen (38%; 9M, 11F); allein 12x (5M, 7F) wurde die Diagnose "Depressive Reaktion" (ICD 309.0) gestellt.
- Die zweitgrößte Gruppe bilden die Neurosen mit 14 Fällen (27%; 8M, 6F), davon 13x (7M, 6F) die Diagnose "Neurotische Depression" (ICD 300.4).
- Ebenfalls 14x (7M, 7F) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, 8x (3M, 5F) davon als Nebendiagnose. In 9 Fällen (3M, 6F) lautete die Diagnose "Hysterische Persönlichkeit" (ICD 301.5).
- "Schizophrene Psychose" (ICD 295) wurde 5x (10%; 2M, 3F) als Diagnose gestellt.
- Bei den affektiven Psychosen fand sich 3x (6%; 1M, 2F) die Diagnose "Endogene Depression" (ICD 296.1) und 2x (4%; 2F) die Diagnose "Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose" (ICD 296.3). In beiden Fällen hatten bereits früher SVe stattgefunden.
- Sonstige Hauptdiagnosen: je 1x
 - 307.5 Psychogene Eßstörung
 - 296.2 Manische Phase im Rahmen einer bipolaren Psychose
 - 297.8 Sensitiver Beziehungswahn
- Bei 14 Patienten (27%; 6M, 8F) fanden sich Mehrfachdiagnosen, davon in 8 Fällen (15%) als Zusatzdiagnose eine Persönlichkeitsstörung.
Die anderen 6 Mehrfachdiagnosen enthielten:
 - 292.1 Drogeninduzierte Psychose
 - 296.1/304.1 Endogene Depression/Medikamentenabhängigkeit (Barbiturattyp)
 - 301.5 Hysterische Persönlichkeit
 - 309.0/1 Kurz bzw. länger dauernde depressive Reaktion (3x)

- Alkoholmißbrauch (ICD 303.0) wurde 3x (6% 2M, 1F) als Diagnose gestellt. In den Krankengeschichten fanden sich jedoch insgesamt 10 Fälle (19%; 6M, 4F) von gelegentlichem sowie weitere 10 Fälle (6M, 4F) von chronischem Alkoholmißbrauch.
- Hinweise auf Medikamentenmißbrauch fanden sich in den Krankengeschichten 10x (19%), davon 5x mit Tranquilizern. Medikamentenabhängigkeit (ICD 304.1) wurde bei einer Patientin diagnostiziert.

Diagnosen-Vergleich mit Gesamtklinik-Population
Grafik 9:



Bei dem Patientengut der vorgelegten Arbeit waren die psychogenen Reaktionen mit 38% weit häufiger vertreten als bei der Gesamtklinik-Population (9%).

4.2 Der Suizidversuch

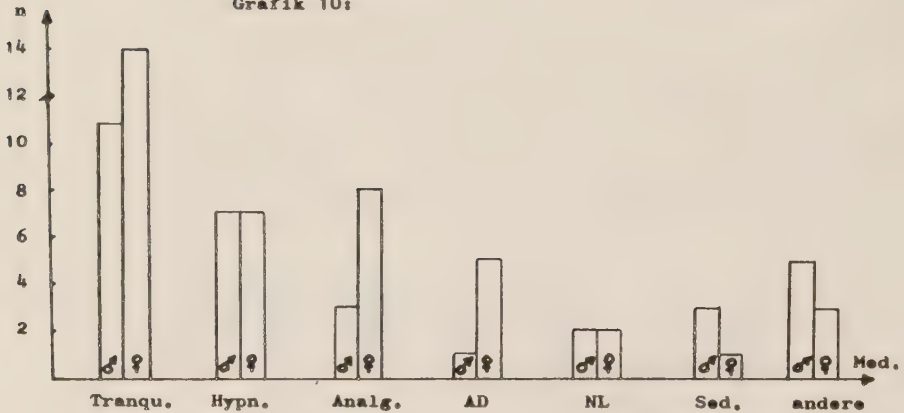
4.2.1 Medikamente

Insgesamt wurden folgende Pharmaka verwendet:

31x	Tranquilizer	(40%)
14x	Hypnotika	(18%)
11x	Analgetika	(14%)
6x	Antidepressiva	(8%)
4x	Neuroleptika	(5%)
4x	Sedativa	(5%)
8x	andere Medikamente	(10%)
(Nicht-Psychopharmaka)		

Verteilung der einzelnen Pharmaka-Gruppen
auf Patienten:

Grafik 10:



In 32 Fällen wurde lediglich ein Medikament
genommen, 20 Patienten benutzten verschiede-
ne Medikamente.

Unter Sedativa wurden die rein pflanzlichen
Beruhigungsmittel zusammengefaßt. Morphin-
derivate und -ersatzstoffe wurden nicht
verwendet.

Pharmakagruppen - Detailinformationen

1. Tranquillizer

In 16 Fällen (7M, 9F) handelte es sich um eine reine Benzodiazepin-Intoxikation, während 3 Patienten (3M) Tranquillizer zusammen mit anderen Medikamenten benutzten.

Verwendete Mengen und therapeutische Tagesdosis (nach Benkert, Hippius 9)

Diazepam	50mg - 500mg	(Tagesdosis	5 - 15mg)
Lorazepam	25mg - 62,5mg	("	3 - 7,5mg)
Bromazepam	36mg - 90 mg	("	3 - 6mg)
Chlordiazepoxid	50mg	("	5 - 10mg)
Clotiazepam	200mg	("	5 - 15mg)
Flurazepam	300mg - 600mg	("	15 - 60mg)
Nitrazepam	50mg - 100mg	("	5 - 10mg)
Prazepam	400mg	("	20mg)
Dikaliumchlorazepat	100mg	("	20mg)

Die am häufigsten verwendeten Tranquillizer waren Valium (7x) und Tavor (4x).

Die 19 Fälle (37%; 14M, 5F), in denen Medikamente in Kombination mit Alkohol eingenommen wurden, wurden bewußt nicht als Mischintoxikation geführt, da die Blutalkoholkonzentration in keinem Fall gemessen wurde.

Dauer des Aufenthalts in Notfallklinik:

- Reine Benzodiazepin-Intoxikation:

min: 1 Tag - max: 6 Tage Durchschnitt 2,5 Tage

- Mischintoxikation:

min: 1 Tag - max: 2 Tage Durchschnitt 1,7 Tage

Bewußtseinslage:

- Reine Benzodiazepin-Intoxikation:

3x voll orientiert

3x somnolent

1x soporös

9x unbekannt

- Mischintoxikation:

1x voll orientiert

1x somnolent

1x unbekannt

In keinem Fall waren abgesehen von der Bewußtseinslage durch die Intoxikation bedingte psychopathologische Auffälligkeiten registriert.

Reine Benzodiazepin-Intoxikation (n = 16)

lfd.Nr.	Medikament	Bewußtseinslage	Maßnahmen
15	Diazepam 100mg	soporös (2h nach SV) (+ Alkohol!)	Bronchialtoilette + forc. Diurese
30	Diazepam 100mg	?	?
51	Diazepam 100mg	voll orientiert	Beobachtung
25	Diazepam 170mg	voll orientiert (2h nach SV)	NaCl-Lösung, Kohle Drastica
12	Diazepam 500mg	?	Magenspülung + forc. Diurese
44	Lorazepam 50mg	?	?
45	Lorazepam 62,5mg	somnolent	Magenspülung + forc. Diurese
32	Bromazepam 48mg	?	Magenspülung
17	Bromazepam 90mg	?	?
4	Dikaliumchlor- azepat 100mg	?	?
37	Prazepam 400mg	?	?
42	Clotiazep. 200mg	?	?
5	Clobazam	somnolent	Magenspülung
23	Diazepam 50mg + Bromazep. 36mg	voll orientiert	Beobachtung
13	Diazepam 100mg + unbek. Tranqu.	somnolent (12h nach SV)	Infusionstherapie
31	Nitrazepam 100mg + Flurazepam 600mg	?	Magenspülung + forc. Diurese

Mischintoxikation (n = 3)

3	Chlordiazepoxid 50mg + Aknemit.	voll orientiert (12h nach SV)	NaCl-Lösung
43	Dikaliumchloraze- pat + Antirheuma- tikum	?	?
18	Lorazepam 25mg + Nitrazepam 50mg Flurazepam 300mg Laevomopromazin (NL) 250mg	somnolent	Magenspülung + forc. Diurese

2. Hypnotika

In 7 Fällen wurde ein Hypnotikum allein (Antihistaminikum) verwendet (5M, 2F); ebenfalls 7 Patienten (1M, 6F) nahmen ein Hypnotikum in Kombination mit einem anderen Medikament.

Verwendete Mengen und therapeutische Tagesdosis:

- Diphenhydramin	400 - 3000mg	(Tagesdosis	20 - 50mg)
Doxylaminsuccinat	1000mg	("	25 - 75mg)
Bromharnstoff	1000 - 2000mg	("	100 - 960mg)
Barbiturate	250 - 1600mg	("	44 - 110mg)
Chloralhydrat	1000 - 2000mg	("	1000mg)

Die am häufigsten verwendeten Hypnotika waren:

- 6x Halbmond
- 2x Betadorm
- 2x Dolestan
- 2x Chloralhydrat

Es war nicht feststellbar, ob Betadorm, Betadorm N oder Betadorm A verwendet wurde (Pat. 10, 35). Es wurde davon ausgegangen, daß eines der Nicht-Carbromal-haltigen Präparate (N/A) genommen wurde.

Insgesamt wurden verwendet:

- 11x Antihistaminika
- 3x Barbiturate
- 2x Chloralhydrat
- 2x Bromharnstoff (in Kombinationspräparaten)

Dauer des Aufenthalts in Notfallklinik:

- Reine Hypnotika-Intoxikation:
 - min: 1 Tag - max: 5 Tage, Durchschnitt: 3 Tage
- Mischintoxikation:
 - min: 1 Tag - max: 5 Tage, Durchschnitt: 2,3 Tage

Bewußtseinslage:

- Reine Hypnotika-Intoxikation:

3x voll orientiert

4x somnolent

- Mischintoxikation:

3x voll orientiert

3x somnolent

1x unbekannt

Auswirkungen der Intoxikation:

- Reine Hypnotika-Intoxikation:

2x wurde motorische Unruhe registriert (Pat. 2, 33); pathologische Serumwerte waren in einem Fall (Pat. 33. (1500mg Diphenhydramin): CPK 5038, LDH 636, GOT 47, GPT 28 U/l) beschrieben.

Bei den anderen 5 Patienten waren keine psychopathologischen Auffälligkeiten feststellbar.

- Mischintoxikation:

Bei 6 Patienten keine Auffälligkeiten.

Bei Pat. 22 (1000mg Diphenhydramin) imponierten pathologische Serumwerte (GOT 26, Gamma-GT 28, CPK 1800, LDH 308 U/l) 3 Stunden nach dem SV. Hinweise auf eine Muskelerkrankung bzw. i.m. Injektionen, die ebenfalls eine Erhöhung der CPK bedingen können, liegen nicht vor. 2 Tage nach dem SV hatten sich die o.g. Werte wieder im Bereich der Norm eingestellt.

Reine Hypnotika-Intoxikation (n = 7)

lfd.Nr.	Medikament	Bewußtseinslage	Maßnahmen
28	Diphenhydramin 400mg	voll orientiert	Beobachtung
20	" 500mg	" "	Kohle + Drastica
49	" 1125mg	" "	?
33	" 1500mg	somnolent	forc. Diurese
21	" 2500mg	"	Magenspülung
9	" 5000mg	"	Beobachtung
2	Doxylaminsuccinat 1000mg	"	"

Mischintoxikation (n = 7)

35	Diphenhydramin 1750mg + Diethylpentenamid 21000mg	voll orientiert	?
6	Diphenhydramin 500mg +Chloralhydrat 2000mg +Nitrazepam 50mg + unbek. Hypnotika	Koma II - III	Magenspülung + forc. Diurese
22	Diphenhydramin 1000mg +Baldriparan 50 Tbl. (pflanzl. Extrakte)	somnolent (3h nach SV)	Magenspülung + forc. Diurese
41	Chloralhydrat 1000mg +Acetylsalicylsäure 5000mg +Phenacetin 5000mg +Codeinphosph.200mg +Coffein 1000mg + unbek. Analgetika	voll orientiert	NaCl-Lösung
10	Diphenhydramin +Diethylpentenamid +Prazepam +Baldriantropfen	somnolent	forc.Diurese
16	Carbromal 1000mg +Cyclobarbitall000mg +Hexobarbital1600mg	voll orientiert (keine weiteren Angaben)	?
26	Carbromal 2000mg +Barbital 600mg +Phenobarbital530mg +Propyphenazon720mg	somnolent	?

3. Analgetika (n = 5; 2M, 3F)

lfd.Nr.	Medikament	Bewußtseinslage	Maßnahmen
38	10 Tbl. Thomapyrin (Acetylsalicylsäure 2500mg, Paracetamol 2000mg, Coffein 500mg)	voll orientiert	Beobachtung
46	20 Tbl. Aspirin (Acetylsalicylsäure 10g)	somnolent	Magenspülung + forc. Diurese
39	Dolomo Nacht (unbek. Menge)	?	Beobachtung
47	15 Tbl. Optalidon + 15 Tbl. Vivimed (Propyphenazon 3225mg, Butalbital 750mg, Coffein 1500mg, Novaminsulfon 525mg, Paracetamol 2250mg)	somnolent	Magenspülung + forc. Diurese
14	unbekannte Analgetika	?	Magenspülung + forc. Diurese

5 Patienten (2M, 3F) benutzten Analgetika, 3 davon ein Mischpräparat, in einem Fall eine Kombination zweier Mischanalgetika; in einem Fall war die Art der Analgetika nicht bekannt.

Dauer des Aufenthalts in Notfallklinik:

min: 1 Tag - max: 20 Tage, Durchschnitt: 11 Tage
Eine Begründung für diese langen Zeiten war in keinem Fall zu finden.

Bewußtseinslage:

1x voll orientiert
2x somnolent
2x unbekannt

Es liegen abgesehen von der Bewußtseinslage keine Hinweise auf intoxikationsbedingte psychopathologische Auffälligkeiten vor.

4. Antidepressiva

a) In 3 Fällen (1M, 2F) handelte es sich um eine reine AD - Intoxikation:

lfd.Nr.	Medikament	Bewußtseinslage	Maßnahmen
34	Maprotilin 750mg	somnolent	Magenspülung
52	Mianserin 600mg	?	?
36	Nomifensin 1000mg	voll orientiert (2h nach SV)	Magenspülung

b) Mischintoxikation (n = 5; 1M, 4F)

19	Amitryptilin 1000mg +Lorazepam +Metimazol +Dicycloverin +Isopyrin	Intoxikation II - III	Magenspülung + forc. Diurese
11	Amitryptilin +Chlorazepat +Diclofenac +unbekannte Grippemittel	somnolent	Magenspülung + forc. Diurese
24	Doxepin +Oxazepam +Baldriantropfen	somnolent (2h nach SV)	Magenspülung + forc. Diurese
8	Amitryptilin 125mg +Chlordiazepoxid 50mg +Flurazepam 240mg	soporös	Magenspülung + forc. Diurese
50	Maprotilin 750mg +Diclofenac	?	Magenspülung

Lediglich einmal konnte eine hohe Dosis tricyclischer AD festgestellt werden (1000mg Amitryptilin).

Aufenthaltsdauer in Notfallklinik:

- Reine AD - Intoxikation:

min: 1 Tag - max: 4 Tage, Durchschnitt: 2,3 Tage

- Mischintoxikation:

min: 8 Tage - max: 28 Tage, Durchschnitt: 16 Tage

Eine Begründung für diese langen Zeiten war in keinem Fall zu finden.

Bewußtseinslage:

- Reine AD - Intoxikation:

1x voll orientiert

1x somnolent

1x unbekannt

- Mischintoxikation:

2x somnolent

1x Intoxikation II - III

2x unbekannt

Auswirkungen der Intoxikation:

In keinem Fall gibt es Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinn eines Delirs. Von Pat. 50 (750mg Maprotilin) liegt ein abnormes EEG vor: flüchtige seltene bilaterale Störungen, rasche Frequenzen, nicht paroxysmal, sS/W-Komplexe steile Wellen. Bei Maprotilin können allerdings bereits in therapeutischen Dosen Krampfpotentiale auftreten.

5. Neuroleptika

3 Fälle (1M, 2F), die alle an einer Schizophrenie litten.

lfd.Nr.	Medikament	Bewußtseinslage	Maßnahmen
1	Chlorprothixen 2500mg	Koma II - III	Bronchialtoilette
48	Laevomepromazin 750mg	somnolent	NaCl-Lösung
7	Pimozid 44mg	voll orientiert	Magenspülung

Dauer des Aufenthalts in Notfallklinik:

min: 1 Tag - max: 2 Tage

Durchschnitt: 1,3 Tage

Es liegen keine Hinweise auf intoxicationsbedingte psychopathologische Auffälligkeiten vor (kein Delir).

6. In einem Fall wurden Nicht-Psychopharmaka verwendet:

- Beloc + Codicaps + Dulcolax (zusammen ca. 80 Tabletten).

Der Patient befand sich 14 Tage im Notfallkrankenhaus, worüber keine näheren Informationen vorliegen.

7. Medikamente in Kombination mit Alkohol wurden 19x (37%) eingenommen, wobei hier die Männer deutlich in der Überzahl waren (14M, 5F).

In 7 Fällen (2M, 5F) wurde zusätzlich zur Medikamenteneinnahme eine weitere Methode gewählt:

6x Pulsaderschnitt

1x Erstickungsversuch.

8. Herkunft der Medikamente

Der Versuch, die Herkunft der Medikamente zurückzuverfolgen, war in 27 Fällen (52%) erfolgreich.

- 3 Patienten wurden mit dem gleichen Medikament, das sie jetzt zum SV mißbrauchten, bei einer früheren stationären psychiatrischen Therapie behandelt (Chloraldurat, Ludiomil, Tolvin).
- 3 Patienten bekamen ihr Medikament (Tranquilizer) im Rahmen einer ambulanten Therapie verschrieben (Valium, Lexotanil, Demetrin).
- Bei weiteren 4 Patienten ergab sich eine identische Pharmakagruppe, so daß auch hier davon ausgegangen werden muß, daß das entsprechende Medikament zu therapeutischen Zwecken verschrieben wurde (2x NL, 1x AD, 1x Tranquilizer).
- 4 Patienten, bei denen Medikamentenmißbrauch bzw. -abhängigkeit beschrieben wurde, verübten mit dem gleichen Medikament SV (Tranxilium, Trecalmo, Valium; Novalgin).
In weiteren 6 Fällen ließ sich hier eine identische Pharmakagruppe beim SV verfolgen (5x Tranquilizer-, 1x Hypnotikaabusus).
- 3 Patienten hatten bereits bei einem früheren SV das gleiche Medikament verwendet (Truxal, Halbmond, Valium).
Bei weiteren 6 Patienten blieb die Pharmakagruppe dieselbe (3x Tranquilizer, 1x NL, 1x AD, 1x Hypnotika).

9. Zusammenhänge zwischen den verwendeten
Pharmaka und den Diagnosen

Die Problematik ist bekannt, daß ein zur Behandlung der psychiatrischen Grundkrankheit verschriebenes Medikament zum SV verwendet werden kann.

Um diese Gefahr herabzusetzen - denn vollständig zu umgehen ist sie mit Sicherheit nicht -, bleibt dem behandelnden Arzt, vor allem in ambulanter Therapie Medikamente mit möglichst geringer Toxizität und in geringen Mengen zu verordnen, um so wenigstens gravierende Folgen bei eventuellen SVen zu vermeiden.

Bei dieser Gegenüberstellung ergaben sich in der Gruppe der schizophrenen Psychosen (ICD 295) auffällige Häufungen: alle 4 Patienten hatten bereits in der Vergangenheit mindestens einen SV unternommen; 3 dieser Patienten begingen den SV mit Neuroleptika.

3 der 5 Patienten mit endogener Depression bzw. Depression bei Zylothymie (ICD 296) mißbrauchten vermutlich therapeutisch verordnete Antidepressiva zum SV.

Die Vermutung, daß Patienten mit Neurosen oder psychogenen Reaktionen gehäuft Tranquillizer verwendeten, fand keine Bestätigung.

4.2.2 Begleitumstände

1. Bewußtseinslage der Patienten

Über die Bewußtseinslage der Patienten war in 20 Fällen (38%) in den Berichten der Notfallkliniken keine Angabe vorhanden.

Schwerere Störungen sind fast ausschließlich durch Mischintoxikationen entstanden.

Die Verteilung auf die einzelnen Pharmakagruppen ist der Medikamentenaufstellung zu entnehmen.

Informationen lagen vor über:

3x Koma II - III (nach Reed) (Pat.1, 6, 19)

3x soporös (Pat.8, 15, 33)

16x somnolent

10x voll orientiert

Kasuistik der 3 Fälle mit lebensbedrohlicher Intoxikation:

Pat.19: Die 50-jährige verheiratete Hausfrau befand sich seit 5 Jahren in Psychotherapie und war auch schon 5x in stationärer psychiatrischer Behandlung. Ihre neurotische Depression wurde mit Alival und Saroten behandelt. Seit mehreren Jahren nahm sie chronisch die Analgetika Spasmo-Cibalgin und Novalgin ein, wobei seit ca. 2 Jahren eine Abhängigkeit neben zeitweiligem Alkoholabusus zu verzeichnen ist. Ihren 4. SV beging sie mit 40 Tbl. Saroten und einer unbekannten Menge Pharmaka (Tavor, Novalgin, Spasmo-Rhoival und andere unbekannte Medikamente) sowie beidseitigem Pulsaderschnitt. Wegen Koma II - III wurde sie mit Magenspülung und forcierter Diurese entgiftet. Diverse pathologische Serumwerte (Hb 10,8g%, Leukozythen 22500, K 3,15mval/l, Quick 63%; GOT 24 U/l, GPT 29 U/l, Gamma-GT 194 U/l, alkal. Phosphatase

205 U/1, BKS 17/32) stellten sich im Verlauf von 28 Tagen wieder im Normbereich ein.

Pat.1: Der 38-jährige, derzeit arbeitslose Angestellte war seit 7 Jahren bereits 5x in psychiatrischen Kliniken behandelt worden, wobei die Diagnose paranoide Schizophrenie gestellt worden war. 1975 hatte er schon einmal versucht, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Der SV im März 1981 war seit einem halben Jahr geplant und entsprang der Überzeugung, daß sein ganzes Dasein sinnlos sei. Er verwendete dazu das gleiche Medikament (Truxal, 50 Tbl.) wie 6 Jahre zuvor, unter Einnahme von Alkohol; mit Koma II - III und insuffizienter Atmung wurde in der Intensivstation 3 Stunden nach Tabletteneinnahme eine Bronchialtoilette durchgeführt. Nach einem Tag wurde er diskret bewußtseinsgetrübt in die Psychiatrische Universitätsklinik verlegt, wo er stationär 17 Tage behandelt wurde, ohne daß bleibende Schäden der Intoxikation registriert wurden.

Pat.6: Die 20-jährige ledige Krankenschwester litt unter Partnerkonflikten und trug sich aus diesem Grund seit etwa einem halben Jahr mit Selbstmordgedanken. Aus der Vorgeschichte sind weder psychiatrische Behandlung noch frühere SVs bekannt. Sie trennte sich während eines Einkaufsummers von ihrer ahnungslosen Mutter und nahm allein zu Hause verschiedene Tabletten (10 Tbl. Mogadan, 10 Tbl. Halbmom, 4 Tbl. Chloralhydrat und andere unbekannte Hypnotika) ein. Zusätzlich zog sie eine Plastiktüte über den Kopf und sperrte sich auf der Toilette ein, wo sie von ihrer Mutter nach etwa 4 Stunden bewußtseinsgetrübt gefunden wurde. Nach 2-tägiger Intensivbehandlung mit Magenspülung und forc. Diurese wurde sie 19 Tage in der Psychiatrischen Universitätsklinik mit Chloraldurat und Tolvin behandelt.

2. Auslösende Faktoren für den SV:

- 13x: Partnerkonflikte (25%; 3M, 10F)
- 11x: Probleme am Arbeitsplatz (21%; 9M, 2F)
- 8x: ihr Leben erschien sinnlos (15%; 4M, 4F)
- 6x: SV als Auswirkung psychiatrischer Krankheiten (12%; 2M, 4F)
- 9x: Partnerkonflikte und Probleme am Arbeitsplatz bzw. in finanzieller Hinsicht (17%; 5M, 4F)

Bei 5 Patienten (10%; 1M, 4F) ergab sich bei Durchsicht der Krankengeschichten keinerlei Begründung für den SV.

3. Ankündigung des SVs:

- 25x: plötzlicher Entschluß (48%)
- 8x: Raptus (15%)
- 12x: langfristig geplant (23%)
- 7x: keine Angaben (13%)

4. Ernsthaftigkeit des SVs:

Als Einteilungskriterium wurde die bereits in der Einleitung beschriebene Dreiteilung von Böcker (11) übernommen.

- 23x: parasuizidale Geste (44%; 9M, 14F)
- 13x: passiver Todeswunsch (25%; 7M, 6F)
- 4x: fester Entschluß zu sterben (8%; 2M, 2F)
- 12x: keine oder nur fragliche Angaben, die eine Einordnung unmöglich machten (23%; 6M, 6F).

Der Vergleich der Ernsthaftigkeit mit den Diagnosen bzw. den verwendeten Pharmaka brachte keine auffälligen Zusammenhänge.

Auch die Hypothese des Verfassers, daß langfristig geplante SVE überwiegend ernsthafter Natur sind, konnte nicht bestätigt werden.

Hingegen waren die in plötzlichem Entschluß begangenen SVe in 15 Fällen (60%) als parasuizidal einzustufen.

Interessanterweise ergibt sich aus der Anwendung zusätzlicher Methoden kein Zusammenhang zwischen Gefährdung bzw. Ernsthaftigkeit der SVe; bei beiden Punkten finden sich alle Abstufungen. Hierzu mag beitragen, daß in den Akten auch schon ein Anritzen der Handgelenke als Pulsaderschnitt gewertet wurde.

5. Lebensgefahr beim SV

Bei 19 Patienten (37%) konnte keine oder nur geringe Lebensgefahr festgestellt werden. Keine Angabe darüber in 23 Fällen (44%). Bei 10 Patienten (19%) hingegen wurde von den behandelnden Ärzten hohe Lebensgefahr diagnostiziert:

Pat. 1: 2500mg Chlorprothixen (NL)

Pat. 6: 500mg Diphenhydramin + 2000mg Chloralhydrat + 50mg Nitrazepam + unbekannte Hypnotika

Pat. 11: AD + Tranquillizer + Antirheumatikum + Grippemittel (unbekannte Mengen)

Pat. 15: 100mg Diazepam (+ Alkohol)

Pat. 18: 25mg Lorazepam + 50mg Nitrazepam + 300mg Flurazepam + 250mg Laevomepromazin

Pat. 19: AD + Tranquillizer + Analgetika (unbekannte Mengen)

Pat. 24: AD + Tranquillizer + Sedativa (unbekannte Mengen)

Pat. 26: 2000mg Carbromal + 600mg Barbital + 530mg Phenobarbital + 720mg Propyphenazon

Pat.33: 1500mg Diphenhydramin

Pat.35: 1750mg Diphenhydramin.

Der Vergleich zwischen Gefährdung der Patienten und Diagnosen bzw. verwendeten Pharmaka brachte keine auffälligen Zusammenhänge.

Kasuistik:

Pat.11: Die 50-jährige verheiratete Hausfrau litt seit 8 Jahren an endogener Depression, Debilität und Medikamentenabhängigkeit vom Barbiturattyp. Sie war früher schon 2x in psychiatrischer Behandlung, das letzte mal vor 4 Wochen, wo sie mit Chloralduurat und Dalmadorm mediziert wurde. Ihren scheinbar motivlosen SV unternahm sie mit einer unbekannten Menge Pharmaka (AD + Tranquilizer + Antirheumatikum + Grippemittel). Von ihrer Tochter gefunden wurde sie in somnolentem Zustand ins Krankenhaus gebracht, wo sie mit Magenspülung und Infusionstherapie behandelt wurde. Nach 8 Tagen wurde sie in die Psychiatrische Universitätsklinik überwiesen.

Pat.15: Dem 25-jährigen BW-Soldaten war wegen mehrerer Vergehen die unehrenhafte Entlassung angedroht worden. Aus dieser Situation heraus beging er einen SV mit 100mg Valium und Alkohol. Falls die Tablettenangabe richtig ist, muß für den soporösen Zustand und das Fehlen jeder Schmerzreaktion wohl in erster Linie die reichliche Alkoholmenge verantwortlich gemacht werden. Nach 2-tägiger Behandlung mit forcierter Diurese und Bronchialtoilette kam er voll orientiert in die Psychiatrische Universitäts-

klinik, wo außer pathologischen Serumwerten (Gamma-GT, GOT, GPT) keine besonderen Befunde festgestellt wurden.

Pat.18: Der 63-jährige ehemalige Theateragent litt an neurotischer Depression, nachdem er seine Agentur verkauft hatte und ihm die zunächst vereinbarte spätere Beteiligung verweigert worden war. Nach dem seit 4 Monaten geplanten SV mit Benzodiazepinen (25mg Lorazepam + 50mg Nitrazepam + 300mg Flurazepam) und Neuroleptika (250mg Laevomepromazin) wurde er bedingt ansprechbar von seiner Sekretärin gefunden und auf der Intensivstation 2 Tage behandelt (Magenspülung und forc. Diurese). Voll orientiert wurde er in die Psychiatrische Universitätsklinik übernommen; bei der Entlassung nach 20 Tagen lehnte er jede weitere Therapie ab.

Pat.33: Der 24-jährige Angestellte litt wegen Problemen am Arbeitsplatz unter einer länger dauernden depressiven Reaktion, aus der er den SV (mit 1500mg Diphenhydramin) als einzigen Ausweg ansah. Bereits eine Stunde nach dem SV wurde er vom Notarzt in somnolentem Zustand ins Krankenhaus gebracht, wo er durch Tremor, weite lichtstarre Pupillen, ataktischen Gang und pathologische Serumwerte (CPK, LDH, GOT, GPT) auffiel. Nach 3-tägiger Behandlung (forc. Diurese) wurde er in die Psychiatrische Universitätsklinik eingewiesen.

6. Notfallmaßnahmen, die von den Patienten nach dem SV selbst unternommen wurden:

- 5x: Familie oder Bekannte alarmiert (10%)
- 5x: selbst Arzt angerufen bzw. Aufsichtsschwester (Tag-Nacht-Klinik) alarmiert (10%)

Keiner dieser Fälle kann der Rubrik der ernsthaften SVE zugeordnet werden.

7. Notfallkrankenhäuser

6 Patienten (12%) kamen nach dem SV direkt in die Psychiatrische Universitätsklinik.

46 Patienten fanden Aufnahme in anderen Kliniken:

- 23x: Kreiskrankenhaus - allg. Stationen (44%)
- 6x: Bundeswehr-Krankenhaus (12%)
- 6x: Interne Klinik der Universität (12%)
- 5x: Kreiskrankenhaus - Intensivstation (10%)
- 3x: Toxikologie Klinikum Rechts der Isar (6%)
- 1x: Psychiatrische Privatklinik (2%)
- 2x: unbekannt (4%).

Es stellte eine unüberwindliche Schwierigkeit für diese Arbeit dar, daß in 37 aller Fälle (71%) die Berichte der Notfallkliniken äußerst unvollständig oder ungenau vorlagen, was einer eingehenden Darstellung gerade des Zustands der Patienten nach ihrem Auffinden und der eingeleiteten Notfallmaßnahmen im Wege stand.

4.3 Behandlung nach dem SV in der Psychiatrischen Universitätsklinik München

1. Dauer des stationären Aufenthalts

min: 1 Tag - max: über 120 Tage (z.Zt. der Auswertung noch stationär) .

Durchschnitt: 27 Tage

2. Verlegung in andere Kliniken

2 Patienten in die Chirurgische Klinik:

- Pat.52 wegen multipler Frakturen durch erneuten SV
- Pat.11 wegen Verdacht auf Subileus; 3 Tage medikamentös behandelt

2 Patienten in die Interne Klinik:

- Pat.21 wegen erneutem SV mit 40 Tbl. Halbmond
- Pat.43 wegen mehrerer hoher Fieberschübe (bis 41°C) zur Abklärung.

3. Medikamentöse Behandlung während des Aufenthalts in der Psychiatrischen Universitätsklinik München

- mit AD: 9 Patienten (17%), davon 3 Patienten mit endogener Depression
- mit Tranquilizern: 6 Patienten (12%)
- mit NL: 12 Patienten (23%), davon 8 nicht-psychotische Patienten.

5.0 Ergebnisse (2):

Sie während eines stationären Aufenthalts in der
Psychiatrischen Universitätsklinik

1. Alter und Geschlecht (n = 14)

21 - 30 Jahre: 3 Patienten (1M, 2F)

31 - 40 " : 5 " (3M, 2F)

41 - 50 " : 3 " (2M, 1F)

51 - 60 " : 2 " (2F)

über 60 " : 1 Patient (1F)

Das Untersuchungsgut bestand aus 6 Männern (43%)
und 8 Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt
40,6 Jahre (M: 38,3 Jahre, F: 42,3 Jahre).

2. Familienstand

ledig : 6 Patienten (43%; 3M, 3F)

verheiratet: 6 " (43%; 2M, 4F)

geschieden : 1 Patient (7%; 1M)

verwitwet : 1 " (7%; 1F)

3. Schulbildung

Volksschule: 8 Patienten (57%; 4M, 4F)

Realschule : 4 " (29%; 1M, 3F)

Studium : 2 " (14%; 1M, 1F)

4. Beruf

Hausfrau : 4 Patienten (28%; 4F)

Arbeiter : 3 " (22%; 3M)

Angest./Beamte: 3 " (22%; 2M, 1F)

Bauer : 2 " (14%; 1M, 1F)

arbeitslos : 2 " (14%; 2F)

5. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation

Sie schwankt zwischen 2 Wochen und ca. 10 Jahren.
Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt
4,5 Jahre (M: 3,2 Jahre, F: 5,4 Jahre).

6. Diagnosen

7x: Schizophrene Psychose (50%; 3M, 4F)
5x: Endogene Depression (36%; 2M, 3F)
1x: Neurose (7%; 1F)
1x: Unreife Persönlichkeit (7%; 1M)

7. Frühere SVe (n = 7)

a) Bei 7 Patienten ist in den Akten kein SV in der Vorgeschichte vermerkt.

b) Anzahl der SVe:

1x: 4 Patienten (2M, 2F)
2x: 2 " (1M, 1F)
3x: 1 Patient (1F)

c) Art der Methoden:

5x: Tabletten (2M, 3F)
1x: Pulsaderschnitt (1F)
1x: Erhängen (1M)

d) Zeitpunkt des letzten SVs:

1x: innerhalb des letzten Monats (1M)
3x: innerhalb der letzten 6 Monate (1M, 2F)
1x: vor 14 Monaten (1M)
1x: vor 2 1/2 Jahren (1F)
1x: vor 8 Jahren (1F)

Ein SV ereignete sich in der Psychiatrischen Universitätsklinik, München, ein weiterer in einer anderen psychiatrischen Klinik.

8. Der SV

8.1 Methoden

6x: Tabletten (2M, 4F)

- Mianserin 200mg (Pat.Nr.4)
- Diphenhydramin 2000mg (Pat.Nr.10)
- Diphenhydramin 8000mg (Pat.Nr.17)
- Clomethiazol + Thioridazin (Unbekannte Menge)(Pat.Nr.9)
- Barbiturate (unbekannte Menge)(Pat.Nr.6)
- Nitrazepam 75mg (+ ins Wasser gegangen, kam aus eigener Kraft wieder heraus)(Pat.Nr.8)

8x: Andere Methoden (4M, 4F)

- Sprung vom 1.Stock (Pat.Nr.16)
- Versuchte Selbstverbrennung mit Streichholz (Pat.Nr.3)
- Kopf ans Bettgestell geschlagen (Pat.Nr.1)
- Erhängungsversuch mit Strumpf (Pat.Nr.13)
- Ertränkungsversuch in Badewanne (Pat.Nr.2)
- Pulsaderschnitt mit Brotmesser (Pat.Nr.7)
- " " Brillenglas (Pat.Nr.18)
- " " Fensterscheibe (Pat.Nr.11)

8.2 Ernsthaftigkeit

3x: parasuizidale Geste (2M, 1F; Pat.Nr.4,10,9)

11x: stand zumindest von Seiten der Patienten her der Wunsch zu sterben im Vordergrund.

Diese Einstufung ist allerdings in mindestens zwei Fällen fragwürdig und aus den Krankengeschichten nicht eindeutig eruierbar, da man hier keineswegs von der Wahl der Mittel auf die Ernsthaftigkeit schließen kann.

8.3 Gründe für den SV

- 2 Patienten gaben an, "er habe nicht mehr leben wollen" (Pat.Nr.18) bzw. "es habe ja doch keinen Zweck" (Pat.Nr.13)
- 1 Patient sagte, "er wolle seine Ruhe haben und schlafen" (Pat.Nr.4)
- 1 Patient bekam Angstzustände (Pat.Nr.3)
- 1 Patientin gab an, sie wisse selbst nicht, woher die Suizidgedanken kämen (Pat.Nr.17)
- 1 Patient hatte bedrohliche Zwangsgedanken, Stimmen hätten den SV befohlen (Pat.Nr.11)
- Bei 7 Patienten keine Angaben (2M, 5F; Pat.Nr.10,16; 2,6,7,8,9)

8.4 Ankündigung

- 9x: ohne jede Vorankündigung (6M, 3F)
- 3x: ca. 1 Woche vor dem SV in allgemeiner Form häufiger von Suizidhandlungen gesprochen (3F; Pat.Nr.7,8,13)
- 1x: gab nach dem SV zu, sie habe seit ca. 1 Woche Suizidgedanken gehabt, von denen sie aber selbst nicht wisse, woher sie kämen (1F; Pat.Nr.17)
- 1x: handelte unter dem Einfluß von imperativen Stimmen (1F; Pat.Nr.11)

8.5 Objektive Gefährlichkeit des SVs

- In 7 Fällen (4M, 3F) bestand keine oder nur geringe Lebensgefahr, da völlig untaugliche Mittel eingesetzt wurden
- Bei 3 Patientinnen ist keine Einstufung möglich, da keine ausreichenden Angaben vorliegen. Das mag den Schluß zulassen, daß keine akute Lebensgefahr bestand
- 1 Patient schluckte 2000mg Diphenhydramin und

kam dann auf Station zurück, wo er in somnolentem Zustand gefunden wurde (Pat.Nr.10)

- 1 Patient sprang vom 1. Stock, wobei er sich multiple Frakturen an Armen und Beinen zuzog (Pat.Nr.16)

- Akute Lebensgefahr: 2x (2F)

1 Patientin hatte sich zu Hause auf der Toilette eingeschlossen und 8000mg Diphenhydramin genommen (Pat.Nr.17)

1 Patientin befand sich nach Barbiturateinnahme in Koma III (nach Reed) (Pat.Nr.6)

8.6 Zeitintervall Klinikaufnahme - SV

- F: max 116 Tage - min 1 Tag; Durchschnitt 44,5 Tage; davon 2 Patientinnen in der ersten Woche
- M: max 30 Tage - min 2 Tage; Durchschnitt 15 Tage; davon 3 Patienten in der ersten Woche.

8.7 Unterbringung auf geschlossener Station zum Zeitpunkt des SVs

5 Patienten (2M, 3F; Pat.Nr.3,16; 6,11,17) waren auf den geschlossenen Stationen untergebracht.

Verlegungen von offenen in geschlossene Stationen bzw. umgekehrt wurden nicht registriert.

Lediglich bei einer Patientin wurde von den Ärzten akute Suizidalität angenommen (Pat.Nr.6).

Bei allen anderen Patienten ist darüber zumindest in den Krankengeschichten nichts vermerkt.

8.8 SV mit Pharmaka - Auswirkungen der Intoxikation

a) Bewußtseinslage

- 1x: Koma III (2 Std. nach SV) (Pat.Nr.6)
- 1x: Bewußtlosigkeit, lag in "massiv Erbrochenem" (Pat.Nr.17)
- 1x: schwer weckbar, ohne Reaktion auf Schmerzreize (Pat.Nr.9)
- 1x: somnolent (2 Std. nach SV) (Pat.Nr.10)
- 1x: "geschlafen" (Pat.Nr.4)
- 1x: unbekannt

b) Notfallmaßnahmen

- 3x: Magenspülung (1M, 2F; Pat.Nr.10; 6,17)
dabei zusätzlich Intubation und Endoskopie (Pat.Nr.6) bzw. forcierte Diurese (Pat.Nr.17)
- 1x: forcierte Diurese (Pat.Nr.4)
- 1x: NaCl-Lösung (Pat.Nr.9)
- 1x: unbekannt

c) Auswirkungen der Intoxikation

- 1x: Aspirationspneumonie (Pat.Nr.6)
- 1x: Aspirationspneumonie; CPK 6519 U/l
(3 Tage nach SV) (Pat.Nr.17)

8.9 SV mit anderen Methoden - Folgen

- Hämatom am Kopf (Pat.Nr.1)
- leichte Blutung am Handgelenk (Pat.Nr.7)
- multiple Frakturen an Armen und Beinen
(Pat.Nr.16)

Bis auf Pat.Nr.16 war in keinem Fall eine spezielle Behandlung erforderlich.

Im Hinblick auf die Gefährlichkeit des SVs kann lediglich bei diesem Patienten (Sprung aus dem 1.Stock) von einem tauglichen Versuch die Rede sein. Auch alle anderen Handlungen wurden zwar in suizidaler Absicht durchgeführt; es waren

jedoch entweder die Mittel oder der Ort der Ausführung (schnelle Entdeckung durch Ärzte, Pflegepersonal oder Verwandte) in diesen Fällen objektiv ungeeignet.

8.10 Ort des SVs

- auf Station: 9 Patienten (6M, 3F), davon 4 Patienten (1M, 3F) auf geschlossener Station.

Ein Patient (Pat.Nr.10) entfernte sich ohne Absprache von der Klinik (ca. um 9 Uhr), kaufte sich Tabletten (Halbmond), schluckte sie und legte sich wieder in sein Bett, wo er bei der Visite in somnolentem Zustand gefunden wurde (11 Uhr).

- erlaubter Ausgang: 3 Patienten (3F)
- eine Patientin verließ ohne Erlaubnis die Station (Pat.Nr.8).

8.11 Zum Zeitpunkt des SVs therapeutisch verabreichte Pharmaka

Insgesamt wurden 7 Patienten mit Neuroleptika, 6 Patienten mit Antidepressiva, jeweils 3 Patienten mit Tranquilizern bzw. einem Antiparkinsonmittel sowie 2 Patienten mit Hypnotika behandelt.

Im Einzelnen (Tagesdosen):

4x Monotherapie:

- Anafranil-Infusion (Pat.Nr.10)
- Saroten ret. 300mg (Pat.Nr.6)
- Aponal 125mg (Pat.Nr.1)
- Fluanxol dep. (Pat.Nr.18)

9x Kombitherapie:

- Aponal 100mg + Chloralduurat 1000mg (Pat.Nr.2)
- Ludiomil 75mg + Valium 15mg (Pat.Nr.13)
- Saroten ret. 150mg + Haldol 6mg (Pat.Nr.8)

- Haldol 20mg + Neurocil 100mg (Pat.Nr.16)
- Haldol 15mg + Akineton ret. 8mg (Pat.Nr.4)
- Haldol 10mg + Akineton ret. 8mg (Pat.Nr.17)
- Haldol 10mg + Akineton ret. 4mg (Pat.Nr.9)
- Taxilan 100mg + Valium 15mg (Pat.Nr.11)
- Tranxilium 40mg + Chloralduurat 1000mg (Pat.Nr.14).

8.12 Therapieumstellung (bis zu 1 Woche vor SV)

- in drei Fällen wurde erst einen Tag vor dem SV mit der Therapie begonnen:
 - Taxilan 100mg + Valium 15mg (Pat.Nr.11)
 - Saroten ret. 150mg + Haldol 6mg (Pat.Nr.8)
 - Fluanxol dep. (Pat.Nr.18)
- 1 Tag vor dem SV wurde Haldol (10mg) abgesetzt (Rigor) (Pat.Nr.17)
- 4 Tage vor dem SV wurde Saroten ret. (75mg) abgesetzt (Pat.Nr.4)
- 6 Tage vor dem SV wurde die Dosis von Saroten ret. von 75mg auf 300mg erhöht, nachdem von der Patientin die vorgesehene Tofranil-Injektionsbehandlung abgelehnt worden war (Pat.Nr.6).

8.13 Anschuldigung der verabreichten Pharmaka

Lediglich das Absetzen von Haldol wurde als möglicher pharmakogener Beitrag zum SV gesehen (Pat.Nr.17, ICD 295.2)

8.14 Medikamentenumstellung nach SV

- a) In einem Fall wurde die Medikation beibehalten (NL) (Pat.Nr.9)
- b) In 2 Fällen wurde die Dosierung erhöht:
 - AD (Pat.Nr.2)
 - NL (Pat.Nr.11)

- c) In 9 Fällen wurde die Medikation umgestellt:
- In 2 Fällen wurde das AD reduziert und ein NL gegeben (Pat.Nr.6,8)
 - In 2 Fällen wurde das AD abgesetzt und NL gegeben (Pat.Nr.1), außerdem die Dosierung des Tranquilizers reduziert (Pat.Nr.13)
 - In 2 Fällen wurde die Dosierung des NL erhöht und das AD abgesetzt (Pat.Nr.4) bzw. zusätzlich ein weiteres NL sowie ein AD gegeben (Pat.Nr.17)
 - In 3 Fällen wurde die NL-Therapie auf AD umgestellt, 2x in Verbindung mit Tranquilizern (Pat.Nr.7,16), 1x in Verbindung mit anderen NL (Pat.Nr.18).

8.15 Verlegung auf geschlossene Station nach SV

- 3 Patientinnen (Pat.Nr.8,9,13) wurden auf die geschlossene Station verlegt.

8.16 Dauer des stationären Aufenthalts nach SV in der Psychiatrischen Universitätsklinik

- M: max 86 Tage - min 6 Tage (Durchschnitt 47 Tage)
- F: max 199 Tage - min 20 Tage (Durchschnitt 67 Tage).

Zusammenfassung der Ergebnisse zu den SVen während
eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen
Universitätsklinik

- 6 Patienten begingen SV mit Medikamenten, von
8 Patienten wurden andere Methoden angewendet.
Auch wenn in mindestens 7 Fällen untaugliche
Mittel eingesetzt wurden, kann man doch lediglich
bei drei Patienten den SV als eindeutige para-
suizidale Geste einstufen.
- Der SV wurde in 11 Fällen ohne geäußerte Vor-
ankündigung begangen. 5 Patienten waren auf
geschlossener Station untergebracht; ledig-
lich bei einer Patientin wurde akute Suizidali-
tät angenommen.
- Bei 4 Patienten (3x Medikamenten-Intoxikation,
1x Sprung aus dem ersten Stock) hatte der SV
schwerwiegende physische Auswirkungen.
- Nur in einem Fall wurde ein therapeutisch ver-
abreichtes Medikament angeschuldigt (Absetzen
von Haldol 1 Tag vor SV).

6.0 Diskussion (1): Suizidversuche vor Aufnahme

6.1 Das Patientenkollektiv - Statistische Daten und Anamnese

1. Alter und Geschlecht

Der Anteil der Frauen liegt in mehreren Untersuchungen höher als in der vorgelegten mit 53%, so z.B. bei Wiele (92) mit 63%, bei Parnitzke (60) mit 66% und bei Feudell (27) mit 78% (alle in Zwingmann, 95).

Dotzauer (23) sowie Feudell (27) (beide in Zwingmann, 95) fanden Gipfel bei den 26-30-jährigen und einen auch in der vorgelegten Untersuchung auftauchenden "Klimakteriumsgipfel" bei 46-50-jährigen Frauen, den Feudell (27) damit erklärt, daß in erster Linie durch die in dieser Altersgruppe auftretenden Konflikte auf sexuellem Gebiet Frauen zum SV neigten.

Aufgrund des willkürlich gewählten Zeitraums und der relativ geringen Patientenzahl unserer Untersuchung ist es sicher problematisch, schlüssige Vergleiche zu anderen Statistiken zu ziehen.

Aus den genannten Gründen finden die in der Untersuchung gefundenen Zahlen über die Altersverteilung bei anderen Autoren nur geringe Bestätigung. Eine weitere mögliche Erklärung für diese Diskrepanz könnte in der hohen Zahl der fast durchwegs jüngeren BW-Angehörigen (25%) liegen.

2. Familienstand

Übereinstimmend wird in der Literatur die selbstmordhemmende Wirkung der "Institution Ehe" betont. Durkheim (24) führte dies bereits 1897 auf die stärkere soziale Integration durch das Familienleben zurück.

Auch in neueren Untersuchungen wurde dieser Sachverhalt immer wieder bestätigt (Gruhle 36, Pöldinger 63, Ringel 69). Dieser Befund findet sich auch in der vorgelegten Arbeit, wo diese Feststellung mehr für Frauen (19% verheiratet) als für Männer (44% verheiratet) zutrifft.

Ebenfalls in Übereinstimmung mit den von uns gefundenen Daten steht die Aussage Dotzauers (23), nach der ledige Männer mehr zum SV tendieren als ledige Frauen.

3. Schulbildung

Wie ein Vergleich mit den Daten des Bayerischen Statistischen Landesamtes (6) zeigt, fällt die Untersuchung zu diesem Punkt völlig aus dem Rahmen: während die Durchschnittszahlen für das Jahr 1980 10,2% aller Patienten, die wegen eines SVs registriert wurden, mit höherer Schulbildung (Realschule, Gymnasium) ausweisen, entfallen in dieser Untersuchung mit 52% mehr als die Hälfte aller Patienten in diese Gruppe.

Als mögliche Begründung für diesen extremen Wert kann man die Hypothese aufstellen, daß eine Selektion der Patienten in diese Richtung eventuell bereits durch die Auswahl der Klinik getroffen sein könnte.

4. Beruf

Auffallend ist der hohe Anteil von 13 Bundeswehr-Angehörigen (25%) in der vorgelegten Untersuchung; er erklärt sich durch eine vertragliche Regelung zwischen Bundeswehr und der Psychiatrischen Universitätsklinik München: derzufolge werden alle Soldaten aus dem Raum Süddeutschland, die einen SV unternommen haben, in der Psychiatrischen Universitätsklinik stationär aufgenommen.

Bei den Patientinnen überwiegen Hausfrauen, die sich in der Gesamtklinik-Population in etwa der gleichen Häufigkeit finden.

5. Frühere psychiatrische Behandlung

Der Tatsache, daß 29 Patienten (56%) bereits vor diesem SV in psychiatrischer Behandlung waren, sollte große Bedeutung vor allem im Hinblick auf eine sicher nicht leicht durchzuführende Selbstmord-Prophylaxe beigemessen werden.

Die Entwicklung von Risikolisten (Pöldinger 63, Tuckman und Youngman 87) entsprang dem verständlichen Wunsch, den "potentiellen Selbstmörder möglichst rechtzeitig und exakt zu entdecken" (Wellhöfer 90).

Diese Liste kann jedoch in der ärztlichen Praxis keine Anwendung finden (Padrutt 59), zumal sie auch von Pöldinger selbst (63, S.100) lediglich für allgemeine Explorationen und Gesamtbeurteilungen empfohlen wird.

Dem gleichen Ziel dienten testpsychologische Untersuchungen wie die MMPI-Skala von Hathaway und McKinley (37), die jedoch von späteren Autoren (Clopton und Jones 20) als ebenso unbrauchbar für die Identifizierung Suizidgefährdeter abgelehnt wird.

Auch das "Präsuizidale Syndrom" Ringels (67) läßt sich unserer Meinung nach wohl oft nur für katamnestische Betrachtungen gebrauchen, es mag dem Arzt beim Gespräch mit dem Patienten allenfalls die Möglichkeit einer Suizidgefährdung aufzeigen. Dasselbe dürfte für die von Rosen (71) durchgeführte Zusammenstellung "risikoreicher Personengruppen" gelten.

Zilboorg (94) glaubte, daß die Beobachtung der geistigen Entwicklung und anamnestischer Daten zu wertvollen Kriterien in der Früherkennung der Suizidneigung werden könnten, ohne freilich darauf genauer einzugehen.

So mußte Kubie (47) feststellen, daß es viele und verschieden geartete Wege zum Selbstmord gibt und daß es dagegen keine universelle, vollständige und vor allem exakte Voraussagemöglichkeit gibt.

6. Frühere SVe

Insgesamt 22 Patienten (42%) hatten in der Vergangenheit bereits einen oder mehrere SVe unternommen.

Es mag die im vorigen Kapitel angesprochenen Schwierigkeiten im Hinblick auf Suizidprophylaxe verdeutlichen, daß 16 Patienten davon (73%) sich in psychiatrischer Betreuung befunden hatten: stationär waren 8 von den 13 Patienten, die einen SV hinter sich hatten, und sogar 7 von 9 Patienten mit mehreren SVen.

Kockott u.a. (46) stellten die Hypothese auf, daß Patienten mit Selbstmordhandlungen in der Vorgeschichte vor ihrem erneuten Selbstmordversuch häufiger in ärztlicher Behandlung stehen als Patienten mit erstmaligem Suizidversuch.

Bestätigt wird diese Annahme in der schon 1958 erschienenen Untersuchung von Motto u.a. (57), der-

zufolge 60% der Patienten mit einem SV zur Zeit des suizidalen Verhaltens oder innerhalb der letzten 6 Monate davor in ärztlicher Behandlung waren.

In anderen Untersuchungen, die erwartungsgemäß schwer miteinander vergleichbar sind auf Grund wechselnder Voraussetzungen oder Auswahlkriterien, bewegen sich die Zahlen über Patienten, die mehrere SVe hinter sich haben, von 4% (Wiele 92) bis zu 53% (Böcker u.a., 12). Dazwischen befinden sich Ringel (66) mit 30% und Rüeßegger (72) mit 38%. In einer anderen Untersuchung kam Böcker (11) auf 12,8%, beurteilt die Wiederholungsgefahr jedoch erheblich höher bei Patienten mit Debilität, Epilepsie, Schizophrenie, Zyklothymie, Alkoholismus, Medikamentenmißbrauch oder depressiver Persönlichkeitsstruktur.

Diese Tatsache läßt sich mit den Zahlen der vorgelegten Untersuchung bestätigen: von den 31 Patienten, auf die eines oder mehrere der von Böcker (11) genannten Kriterien zutreffen, haben 17 (55%) in der Vergangenheit einen oder mehrere SVe unternommen, insbesondere alle drei Patienten mit Zyklothymie und vier von fünf Patienten mit Schizophrenie.

7. Diagnosen

Auf Grund der oft unterschiedlich gebrauchten Nomenklatur ist es problematisch, die in der Literatur von verschiedenen Autoren getroffenen Feststellungen miteinander zu vergleichen. Sicher nicht nur deshalb ist die durch die Einführung des ICD-Schlüssels erzielte Vereinheitlichung zu begrüßen. Erwartungsgemäß differieren auch die Zahlen einzelner Untersuchungen erheblich, sicher auch aus dem oben genannten Grund.

a) Psychogene Reaktionen (ICD 309)

Hier findet sich eine enorme Schwankungsbreite: Böcker (12) konnte 1970 24,8%, 1972 ca.60% und 1973 31% SVe im Rahmen von reaktiver Depression feststellen.

Kockott (46) vereinigte 80% der von ihm untersuchten SVe unter den Begriffen "Charakterneurosen, Neurosen, neurotische Depressionen und abnorme Erlebnisreaktionen".

Ringel (67) stellte auch die Psychopathien noch unter diese Rubrik und kam so auf 86%, während Henseler (41) sogar die Meinung vertrat, daß ca. 90% aller SVe psychoreaktiv bedingt seien, da fast immer ein längst vorhandener Konflikt durch eine auslösende Situation aktualisiert werde.

De Boor (16) fiel auf, wie selten die Motive des Selbstmordes in der Psychose Gegenstand psychopathologischer Bearbeitung geworden sind. Sicherlich sind einer umfassenden Exploration bei vollendeten Selbstmorden noch größere Grenzen gesetzt als bei SVen. Möglicherweise hat auch die von Gaupp (31) eingeführte Unterscheidung zwischen Motiv und Ursache dazu geführt, sich nach Klärung der Sachlage mit der Feststellung einer Psychose zu begnügen.

Diesem Problem unterliegen natürlich auch die Zahlen der vorgelegten Arbeit. Oft genug kann man den SV ja auch nur als Reaktion auf einen bestimmten auslösenden Anlaß sehen, vor allem dann, wenn die zugrundeliegende Entwicklung sowie andere sich unter Umständen aufsummierende Faktoren bei der Ursachenforschung nicht zu Tage treten.

So zeigt der Vergleich mit der Gesamtklinik-Population (siehe Grafik S. 23) ein deutliches Übergewicht unseres Patientengutes bei den Patienten mit der Diagnose "Psychogene Reaktion" (ICD 308, 309), während die Patienten mit den Diagnosen "Schizophrene Psychose" und "Endogene Depression" (ICD 295, 296) ebenso deutlich hinter der Gesamtklinik-Population zurückbleiben.

Rappert (4) ist der Meinung, daß bei festgestellter Erlebnisreaktion der Arzt den Patienten zur Einsicht bewegen sollte, daß sich durch suizidale Handlungen keine Konflikte lösen, sondern allenfalls aufschieben lassen.

b) Endogene Psychosen

In zahlreichen Untersuchungen finden sich Zahlen über SVe, die auf endogene Psychosen zurückzuführen waren, zwischen 5% und 30% (Bappert 4, Ringel 67, Hausmann u.a. 38, Pöldinger 63, Linden 51).

In unserem Patientengut finden sich 4 Patienten (8%) mit der Diagnose "Schizophrene Psychose". Nur bei einer Patientin werden Partnerkonflikte als auslösender Faktor für den SV angegeben; dagegen waren bei den anderen drei Patienten keine oder nur unklare Motive zu finden. Zwei dieser Patienten (Pat.Nr.1,7) hatten ihren ersten SV jeweils etwa in der Zeit, als sich ihre Krankheit manifestierte, verübt.

Jantz (45) sowie Brohansky (18) wiesen übereinstimmend auf die Häufigkeit scheinbar motivloser SVe und Selbstmorde am Beginn schizophrener Psychosen hin. Man sieht darin eine Bestätigung der Behauptung, daß häufig ein SV das erste Symptom einer beginnenden Psychose sei.

Böcker (14) stellte fest, daß bei Schizophrenen neben der inneren Dynamik der Autoaggressionshandlung, die ausschließlich aus der Psychose stammt, auch reaktive Anlässe zum SV führen können, während bei Zykllothymien die fast immer ernsthaften SVe fast ausschließlich durch die unmittelbare Einwirkung der Psychose begründet seien.

Er behauptet weiter, daß Männer mit zykllothymen Depressionen weniger durch Selbstmord und SV bedroht sind als Frauen, die zudem noch ca. 3 mal häufiger von dieser Krankheit betroffen sind. Lediglich diese letzte Behauptung kann durch unser Patientengut bestätigt werden: alle drei Patienten mit zykllothymen Depressionen waren Frauen. Dagegen muß die Ernsthaftigkeit des SVs in zwei dieser Fälle als parasuizidale Geste eingestuft werden.

Übereinstimmend wird das erhebliche Suizidrisiko bei endogenen Depressionen betont (Ringel 66, Pöldinger 62). Feudell (27) wies darauf hin, daß die suizidale Tendenz bei endogenen Depressionen im Anfangsstadium der Krankheit, wenn die allgemeine Hemmung noch keine höheren Grade erreicht hat, besonders groß sei.

Eine Erweiterung dieser These bringt Pöldinger (62), der auch dem Ende der depressiven Phase sowie depressiv-manischen Mischzuständen eine besondere Suizidgefährdung zuschreibt. Auch Werner (91) vertritt diese Ansicht und sieht in diesen Phasen der weniger stark ausgeprägten Willenshemmung eine etwaige, wenn auch nicht verlässliche Orientierung zur Abschätzung der Suizidalität.

Eine weitergehende Hypothese stellte Gittleson (32) auf: er glaubt, daß Zwangsvorstellungen als

solche bei Depressionen eine Art Schutzfaktor gegen suizidale Handlungen darstellen.

Rosen (71) wies auf das erhöhte Selbstmordrisiko bei älteren Patienten hin, die sowohl an Schlaflosigkeit als auch an Depressionen litten. Bereits 1956 kamen O'Neill u.a. (58) zu dem Ergebnis, daß 70% der Patienten einer ausschließlich auf ältere Menschen bezogenen Untersuchung über SVe stark depressiv waren.

Eine Bestätigung dafür lieferten Batchelor und Napier (5), die bei 47% der Patienten über 60 Jahren, die einen SV begangen hatten, psychiatrische Erkrankungen feststellten. Dies ist unserer Meinung nach sicherlich zum Teil in der im Alter zunehmenden Isolation der Menschen vor allem in einer Großstadt begründet.

6.2 Der Suizidversuch

6.2.1 Pharmaka

1. Tranquilizer

Benzodiazepinderivate gelten als allgemein sichere Pharmaka. Schettler (77) spricht dennoch die Warnung aus, daß diese heute am häufigsten verordneten Anxiolytika (Matakas 52) bei akuter Intoxikation lebensbedrohliche Zustände hervorrufen können, bedingt durch Hypotonie, Schock, Koma oder Aspiration. Der in der vorgelegten Arbeit festgestellte Anteil von 40% Tranquilizern dürfte, was die Verteilung der Pharmaka-Gruppen beim SV angeht, eher an der Untergrenze liegen. Man kann mit Sicherheit davon ausgehen, daß heute bei Untersuchungen mit erheblich größerer Patientenzahl die Benzodiazepine ihre Spitzenposition mit weiter steigender Tendenz gefestigt haben.

Auch Forth u.a. (29) betonen die relativ hohe Sicherheit der Benzodiazepine, weisen jedoch auf eine Potenzierung des sedativ-hypnotischen Effekts durch Alkohol hin. Diese Tatsache könnte der eigentliche Grund für den einzigen gravierenden Bewußtseinszustand (Pat.Nr.15: Sopor) darstellen, der wohl allein mit 100mg Diazepam nicht zu erreichen sein dürfte.

In einer Langzeituntersuchung (1967-76) in Edinburgh konnte Proudfoot (64) feststellen, daß trotz erheblichen Anstiegs der Gesamtzahl der SVE um mehr als das

Doppelte insgesamt weniger gravierende Folgen registriert wurden. Er führt diese Entwicklung auf den Anstieg der Benzodiazepine auf ca. 40% aller SVE mit Medikamenten zurück. Weiterhin fand er, daß diese Pharmaka kaum ernsthafte oder längerdauernde Schäden am ZNS verursachen. Diese Ansicht vertreten auch Ruff u.a. (73) mit der Einschränkung, daß bei längerem Koma dann keine Hirnschädigung einzutreten braucht, wenn arterielle Durchblutung, Blutdruck und Sauerstoffversorgung in physiologischen Normen gehalten werden können. Als Beispiel wird der Fall einer 48-jährigen Frau zitiert, die nach massiver Intoxikation (1,5g Chlordiazepoxid und 2,4g Flurazepam) 10 Tage im Koma lag. Trotz schwerer Komplikationen (Aspirationspneumonie, Lungenödem, Herzrhythmusstörungen, Hypotonie 60/40) konnte die physische Gesundheit der Patientin nach 13 Tagen voll wiederhergestellt werden. In einer früheren Untersuchung konnten auch Davis u.a. (21) selbst bei höherer Dosierung meist keine ernsthaften Folgen feststellen. Auch bei Intoxikationen mit mehr als dem 50-fachen der normalen Dosis wurden weder Todesfälle noch bleibende Schäden bekannt. Greenblatt u.a. (34) berichten von zwei Fällen mit akuter Diazepam-Überdosierung (500/2000mg), die nach 48 Stunden bereits wieder entlassen werden konnten. Man vermutet, daß diese relativ schnelle Wiederherstellung der Patienten in einer Toleranzentwicklung des Körpers begründet liegt, da zugleich ein hoher, nur langsam abfallender Spiegel der 4 aktiven Metaboliten (HWZ 17-57 Stunden) gemessen wurde.

2. Hypnotika

a) Antihistaminika

Hestand u.a. (42) beschreiben den Fall einer akzidentellen Diphenhydramin-Vergiftung (10-15mg/kg Körpergewicht). Es wurden die für diese Substanz charakteristischen erhöhten Serumwerte (GOT, CPK, LDH) beobachtet, die sich ebenso wie bei den Patienten Nr.22 und 33 der vorgelegten Arbeit einige Tage nach der Intoxikation wieder im Normbereich einstellten. Für die weiteren in der Literatur angegebenen Symptome finden sich in der vorgelegten Arbeit keine Anhaltspunkte.

Forth u.a. (29) berichten bei Intoxikationen mit Antihistaminen von einem dreiphasigen Verlauf: die zentral dämpfende Wirkung wird abgelöst von einer konvulsiven Phase der zentralen Erregung, der wiederum Koma mit kardiorespiratorischem Kollaps folgen kann. Auch Halluzinationen, Koordinationsstörungen sowie tonisch-klonische Krämpfe wurden von ihm beobachtet, ebenso Symptome ähnlich einer Atropin-Vergiftung (Rötung des Gesichts, starre und weite Pupillen, Mundtrockenheit, Obstipation und Fieber).

Moeschlin (56) schildert einen Fall mit Tachykardie, Hypertonie, Atemlähmung und Verwirrtheit, wobei 24 Stunden nach der Intoxikation alle Erscheinungen abgeklungen waren und lediglich eine retrograde Amnesie für die Dauer der Vergiftung bestand.

b) Barbiturate

Der Bewußtseinszustand des Pat.Nr.16 (1000mg Carbromal + 1000mg Cyclobarbitol + 1600mg Hexobarbital) ist als "voll orientiert" bezeichnet.

net worden. Es ist aus den Daten nicht ersichtlich, weshalb trotz der relativ hohen Barbituratmenge keine Bewußtseinsstrübung aufgetreten ist.

Die Schwere der Vergiftungserscheinungen bei Barbiturat-Intoxikationen ist gemeinhin bekannt. Die relativ unspezifische Dämpfung vieler ZNS-Funktionen geht von Schlaftrunkenheit am Tage, eingeschränktem Urteilsvermögen und Ataxie bei Hyperalgesie bis zum Koma mit Erlöschen der Reflexe und unter der Behandlung reversiblen Null-Linien-EEG (Schettler 77). Neben der forcierten Diurese bei Intoxikation mit lang wirkenden Barbituraten schlägt er die Hämoperfusion bei potentiell tödlichen Dosen (über 5g) sowie bei langem Koma (über 48 Stunden) vor.

Die depressive Wirkung auf Herz, Kreislauf und Atmung kann zu Blutdruckabfall mit Kreislaufversagen, Atem- und Herzstillstand führen (Forth u.a., 29).

c) Bromcarbamide

Bromcarbamide werden rasch über Magen und Darm resorbiert: Schwabe (80) berichtet, daß bereits 30 Minuten nach Einnahme der höchste Carbromal-Serumspiegel gemessen wurde. Zugleich besteht eine Art Depotwirkung durch Verklumpung von vielen Tabletten in Magen und Duodenum (Schettler 77), die verantwortlich gemacht wird für die lange Dauer einer tiefen Bewußtlosigkeit (trotz kurzer HWZ von 3-4 Stunden) und eine Magenspülung auch mehrere Stunden nach Einnahme der Tabletten sinnvoll macht.

Als weiteres Mittel der Wahl zur Entgiftung gilt die forcierte Diurese, da die in der Le-

ber entstehenden hypnotisch wirksamen Metabolite hauptsächlich auf renalem Weg eliminiert werden. Ferner kann es zu einer Störung der Kapillarpermeabilität kommen, die zu interstitiellen Ödemen in Lunge, Herz und Hirn führen kann.

Dönhardt u.a. (22) berichten neben den oben genannten Symptomen von beobachteten Sinustachykardien, Herzrhythmusstörungen sowie von Thrombocytenaggregationen in den Lungengefäßen, die zu Mikrothrombosierungen führen können.

Der von Schwabe (80) 1977 geforderten Rezeptpflicht für Bromcarbamide wurde mittlerweile zumindest bei zwei Medikamenten auf indirekte Weise Rechnung getragen: die früher Carbromal enthaltenden Pharmaka Dolestan und Halbmond wurden in ihrer Zusammensetzung entschärft und beinhalten heute nur noch das frei verkäufliche Antihistaminikum Diphenhydramin.

3. Analgetika

Die in der Literatur beschriebenen intoxikationsbedingten Auswirkungen können in dieser Arbeit nicht bestätigt werden.

Die Nebenwirkungen der in vielen Analgetika enthaltenen Acetylsalicylsäure sind vielfältiger Natur. Die Symptome leichter Vergiftung sind nach Forth u.a. (29) Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Verwirrheitszustände und Hyperventilation, die zu einer durch renale Bicarbonat-Ausscheidung kompensierten respiratorischen Alkalose führen kann. Erst bei höheren Dosen versagt dieser Kompensationsmechanismus, der pH-Abfall im Blut kann eine Atemdepression bewirken.

Moeschlin (56) vergleicht diesen Zustand der Atemnot mit der tiefen Atmung vom acidotischen Typus mit der beim Koma diabeticum. Übereinstimmend wer-

den bei schweren Vergiftungen die Symptome Delir, Tremor, Exsikkose, Hyperthermie und Koma erwähnt. Auch das Vorkommen gelegentlicher terminaler Blutungen, bedingt durch die Hemmung der Prothrombibbildung in der Leber, ist allgemein anerkannt. Bereits bei Dosen über 10g sind letale Vergiftungen möglich.

Paracetamol als Vertreter der Anilinderivate kann nach Forth u.a. (29) bei Intoxikationen mit mehr als 20g Erregungszustände, Delirien, hypoxische Krämpfe durch Bildung von bis zu 50% Methämoglobin, Kreislaufkollaps und Koma erzeugen.

Bei Vergiftungen mit 10-30g können tödliche akute Lebernekrosen entstehen. Diese Lebertoxizität haben Holme u.a. (44) an isolierten Ratten-Hepatocyten nachgewiesen.

Saunders u.a. (75) konnten am CO_2 -Gehalt der Atemluft feststellen, daß eine gesunde Leber Aminopyrin fast vollständig metabolisieren kann, während bei einer vorgeschädigten Leber dieser Abbau stark beeinträchtigt ist.

Symptome der Pyrazolinon-Vergiftung (Phenazon, Metimazol, Phenylbutazon und Indometazin als wichtigste Vertreter) sind die konvulsive Wirkung nach Hyperreflexie und Schädigung des blutbildenden Systems (Agranulocytose, aplastische Anämie); der Tod tritt durch Atemlähmung ein (29).

4. Antidepressiva

Die in der Literatur beschriebenen Symptome können durch die Daten dieser Arbeit nicht bestätigt werden, da die Informationen darüber nicht ausreichend waren. Die bei Pat.Nr.19 registrierten pathologischen Serumwerte (nach 1000mg Amitriptylin u.a., siehe S. 38) waren wiederum in anderen Arbeiten zu diesem Thema nicht zu finden.

In einer Zusammenstellung über Auswirkungen von akuten Intoxikationen mit Antidepressiva (AD) berichtet Schettler (77) von ausgeprägten Herzrhythmusstörungen mit Kammertachykardie und Herzstillstand. Am ZNS beobachtete er Übererregbarkeit, Halluzinationen, EPM-Störungen bis zum Koma mit Atemstillstand. Das durch die anticholinerge Wirkung bedingte ileusähnliche Bild macht eine Magenspülung auch mehrere Stunden nach der Tabletteneinnahme sinnvoll. Geringere Aussichten räumt er der forcierten Diurese sowie der Hämodialyse ein und gibt der Hämoperfusion infolge der hohen Eiweißbindung den Vorzug.

Als neuere Therapiemöglichkeit schildert er die Gabe des Cholinesterasehemmers Physostigmin, welches einen gesicherten Therapieerfolg der schweren intoxicationsbedingten ventrikulären Arrhythmien herbeiführt.

Auch Ahmad (2) bezeichnet die Gabe von Physostigmin in Kombination mit Bicarbonat zur Alkalisierung als beste Therapiemethode bei akuter Vergiftung mit tricyclischen Antidepressiva (TCA).

Hofmann u.a. (43) sahen bei der Therapie eines Patienten nach Maprotilin-Intoxikation (Plasma-Spiegel 800ng/ml, Koma III) mit Hämoperfusion nach fünf Stunden eine progrediente Besserung der Bewußtseinslage bei gleichbleibendem Plasmaspiegel. Er vertritt die Meinung, daß durch Hämoperfusion die Gesamtkörperkonzentration nur unwesentlich beeinflußt werden kann, führt dies aber darauf zurück, daß das intravaskuläre Maprotilin-Angebot infolge des großen Verteilungsvolumens sehr gering sei.

Chand u.a. (19) kamen bei der Untersuchung reiner Mianserin-Intoxikationen zu dem Ergebnis, daß akute Überdosierung von Mianserin weniger

toxisch sei als mit TCA. Er beobachtete nur milde Symptome, weder Krämpfe noch tiefes Koma auch bei hohen Plasmakonzentrationen. Bei Kombinationsintoxikationen mit anderen Pharmaka registrierte er allerdings schwerere Symptome, sogar zwei Todesfälle.

Einen bedrohlichen Anstieg von SVen mit AD innerhalb der letzten zehn Jahre von 6% auf 18,4% mit weiter steigender Tendenz fanden Starkey u.a. (81). In ihrem Untersuchungsgut (nur AD-Intoxikationen) befanden sich 34,5% reine TCA-Vergiftungen, wobei ca. 30% der männlichen und ca. 50% der weiblichen Patienten an neurotischer Depression litten und die zum SV mißbrauchten AD meistens von praktischen Ärzten und Psychiatern verschrieben bekommen hatten.

Proudfoot u.a. (64) beobachteten ebenfalls einen Anstieg der TCA bei SVen mit Medikamenten. Bei schweren Intoxikationen (Koma III und IV) haben die TCA seiner Meinung nach weitgehend die Barbiturat- und Methaqualon-Vergiftungen verdrängt. Er sah ein Ansteigen tödlicher Krämpfe und Herzrhythmusstörungen, jedoch selten einen Blutdruckabfall.

Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse der Untersuchung von Langou u.a. (49) über TCA-Vergiftungen: bei 51% der Patienten wurde Hypotonie durch periphere Vasodilatation festgestellt, ferner bei 71% Tachykardie und bei 37% Extrasystolen, jedoch kein Fall von Herzinsuffizienz. Alle kardiovaskulären Symptome verschwanden bei Blutspiegelsenkung, so daß hier lediglich unterstützende Therapie erforderlich war und alle 35 Patienten ohne Komplikationen wiederhergestellt werden konnten.

Übereinstimmend stellt Ahmad (2) als Hauptsymptome bei TCA-Intoxikationen Sinustachykardie, Hypotonie und Atemdepression in den Vordergrund.

5. Neuroleptika

Die in der Literatur beschriebenen cardialen Symptome finden sich in den Daten dieser Arbeit nicht. Auch bei der einzigen durch NL-Einnahme bedingten schweren Intoxikation (Pat.Nr.1, 2500mg Chlorprothixen, siehe S.39) stand neben Koma II-III eine Ateminsuffizienz im Vordergrund.

Forth u.a. (29) beschreiben bei Anwendung von NL sogar schon in therapeutischen Dosen mögliche Nebenwirkungen am Herzen: Arrhythmien, Vorhoftachykardie, AV-Block und Kammerflimmern mit tödlichem Ausgang. Als Schädigung des Blutbildes können Leukopenie, Agranulocytose sowie Pancytopenie auftreten.

Den durch Cholestase in der Leber hervorgerufenen Ikterus hat Moeschlin (56) bereits 1964 beschrieben, der von einer Chlorpromazin-Vergiftung (1250 mg) einer Schwangeren berichtet. Zusätzlich erwähnt er einen starken Blutdruckabfall.

Rasenack und Gattenlöhner (65) schildern eine akute Mischintoxikation mit 2500mg Chlorprothixen und einer unbekannten Menge Prothipendyl. Der Zustand des zunächst somnolenten Patienten verschlechterte sich nach der Magenspülung in Folge einer Aspirationspneumonie rapide, die Muskeleigenreflexe waren abgeschwächt. Trotz Aussetzen der Spontanatmung und Kammertachykardie (200/min) gelang es, durch mehrmalige Defibrillation sowie Lidocain-Gaben den Patienten am Leben zu halten; nach vier Tagen trat eine deutliche Befundbesserung ein.

6. Herkunft der Medikamente

Aufgrund fehlender Hinweise in den Akten konnte diesem Punkt nur versuchsweise nachgegangen werden.

Herauszustellen ist die Tatsache, daß es sich bei 72% aller verwendeten Pharmaka um verschreibungspflichtige Medikamente handelt. Für den behandelnden Arzt muß sich das Problem stellen, daß er zur Behandlung einer psychiatrischen Grundkrankheit in den meisten Fällen Medikamente verordnen muß, die nahezu alle von ihrer Wirkungsweise her in Überdosierung zu einem SV mißbraucht werden können. Da die Abschätzung der Suizidalität stets nur eine subjektive Einstufung des Arztes bleiben kann, muß seine jeweilige Suizidprophylaxe immer beinhalten, ein möglichst wenig toxisches Präparat zu wählen.

6.2.2 Begleitumstände

1. Kombination mit Alkohol

Die für die vorliegende Arbeit ermittelten Daten zum Alkoholeinfluß während des SVs ergaben, daß die Frauen mit 19% mit den in der Literatur angegebenen Zahlen übereinstimmen. Die Männer hingegen lagen mit 58% bereits deutlich über allen früher ermittelten Werten.

Lediglich 3 mal (6%) wurde Alkoholmißbrauch als Diagnose gestellt. Das Studium der Krankengeschichten ergab jedoch, daß insgesamt 38% aller untersuchten Patienten gelegentlichen bzw. chronischen Alkoholabusus betrieben, eine Zahl, die der von Schmidtobreck (78) bereits wesentlich näher kommt.

In der Literatur (92, 51, 79, 13, 15) schwan-

ken die Zahlen zum Alkoholeinfluß während des SVs zwischen 10% und 40,6% bei den Männern sowie 10% und 24,1% bei den Frauen.

Ringel (67) sieht im Alkohol, mit dem sich viele Suizidanten "Mut antrinken", einen enthemmenden und damit den Suizid fördernden Faktor. Er schreibt in Übereinstimmung mit Mergen (53), daß die Sucht als solche einen ersten Fluchtversuch darstellt und somit als aufschiebender Faktor anzusehen sei; erst wenn diese Flucht aufgegeben werden muß, kommt es zu suizidalen Handlungen. Hierzu paßt auch die Anmerkung von Ringel (69), der die Sucht als chronischen protrahierten Selbstmord bezeichnet. Auch Selzer u.a. (76) sprechen von der selbstzerstörerischen Neigung des Alkoholikers.

Der Vergleich älterer Arbeiten (30, 33, 36, 26), wonach der Anteil der Alkoholiker an SVen und Selbstmorden zwischen 2,7% und 33% schwankt, mit einer jüngeren von Schmidtbreich (78), der Alkoholiker bei über 50% aller untersuchten Selbstmorde fand, läßt das stetige Ansteigen dieser Gruppe erkennen.

2. Auslösende Faktoren für den SV

In allen in diesem Punkt vergleichbaren Arbeiten (27, 60, 92, 46) steht an erster Stelle als zum Selbstmordversuch führender Hauptkonflikt Schwierigkeiten mit einem Partner in der Hälfte bis etwa 2/3 aller Fälle; in der vorgelegten Untersuchung finden diese sich nur in 25% als auslösender Faktor.

Auch der Feststellung Feudells (27), daß in dieser Gruppe demonstrative SVE am häufigsten zu finden sind, kann nur mit Einschränkung zugestimmt werden, da sich im untersuchten Patientengut auch zwei

überaus ernste Fälle mit diesem Motiv befinden. Daneben steht eine Gruppe von 7 Patienten (ausschließlich Frauen), die den SV in eindeutig demonstrativer Absicht begingen, wohl in der Hoffnung, den Partner so auf ihre emotionale Konfliktsituation aufmerksam zu machen. Eine derartige Handlungsweise ist sicher in vielen Fällen als eine Art Erpressungsversuch zu qualifizieren.

Schon Gaupp (31) beschäftigte sich 1905 mit den Problemen, die sich gerade bei statistischen Arbeiten in Bezug auf Ursachen und Motive ergeben. Er stellte damals die These auf, daß ein Mensch, der auf ein konkretes Erlebnis suizidal reagiert, schon vor diesem Vorfall "die Keime des Selbstmordes" in sich trage. Aber gerade diese Hintergründe sind es, die ohne die Möglichkeit einer tiefergehenden Exploration oft genug im Dunkeln bleiben müssen.

Eben diese Meinung wird auch von Henseler (40) vertreten, demzufolge von der auslösenden Situation immer nur der Anstoß ausgeht, mit dem sich ein latent vorhandener Konflikt manifestiert. Einen Schritt weiter geht de Boor (16): er vertritt die Meinung, daß bei Selbstmorden in der Psychose zu selten nach den eigentlichen Motiven geforscht werde und man sich nach Klärung der Sachlage meist mit der Feststellung einer Psychose als Ursache begnüge.

Gruhle (36) wiederum spricht beim Vorliegen mehrerer Motive von der großen Willkür, welches davon der behandelnde Arzt als eigentliche Ursache gelten läßt.

Levi u.a. (50) bezeichnen den Verlust einer nahestehenden Person, sei es in der Kindheit oder in

der aktuellen Vorgeschichte, bei über 60% der SVe als wichtigen Faktor. Dieser Behauptung konnte nicht nachgegangen werden, da darüber in zu vielen Fällen die Angaben fehlten.

Zu SVen in der Pubertät finden sich übereinstimmende Hinweise in der Literatur (17, 53, 92): meist demonstrationsgetragene SVe als Kurzschlußreaktionen sind in dieser "Krisenzeit des Organismus" leicht provozierbar und lassen nicht den Schluß auf eine abnorme Persönlichkeit zu. Bei den Patienten dieser Arbeit waren aus der Gruppe der 17-20-jährigen keine durch Reifungskrise bedingten SVe zu erkennen.

Eine weitere Sonderstellung nimmt der SV alter Menschen ein. Sainsbury (74) sowie Wiendick (93) stellen bei diesem Personenkreis das Anwachsen der Einsamkeit und der sozialen Isolation in den Vordergrund; der SV als Ausdruck für Resignation und Lebensüberdruß. Auch das vermehrte Vorkommen körperlicher Krankheiten und Beschwerden im Alter mag prädisponierende Bedeutung haben, ebenso ein durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben möglicherweise entstehendes Vakuum. Im untersuchten Patientengut findet sich lediglich ein Patient über 60 Jahre, der insofern als typisch gelten kann, als er den zunächst selbst gewählten Entschluß, sich aus seinem Beruf als Theateragent zurückzuziehen, trotz mehrerer Versuche nicht wieder rückgängig machen konnte und mit einem ernstgemeinten SV seiner "Nutzlosigkeit" ein Ende machen wollte.

Eben diese Ernsthaftigkeit ist es auch, die gerade SVen älterer Menschen zugeschrieben wird (Kockott 46); sicherlich neben dem altersbedingten Abnehmen der organischen Widerstandskraft ein Grund dafür,

daß die Selbstmordgefährdung im Lauf des Lebens erheblich zunimmt und die durch Suizidhandlungen bedingte Letalquote mit zunehmendem Alter wächst (Bayreuther 7).

Besondere Beachtung muß hier auch die zahlenmäßig sehr starke Gruppe der BW-Angehörigen (25%) finden. Hier zeigt sich deutlich, daß viele junge Männer der Belastung nicht gewachsen sind, zwangsweise aus dem gewohnten Milieu gerissen zu werden, vielleicht das erstemal in ihrem Leben für längere Zeit ohne Eltern und fern von vertrauter Umgebung leben zu müssen. In der Dissertation von Einsle (25) wird durch Zahlen belegt, daß diese Änderung der Lebensgewohnheiten in nahezu der Hälfte aller Fälle der Anlaß zum SV war, zumal fast 50% der SVe in den ersten 6 Monaten der BW-Zeit begangen wurden. Den aus solcher Situation entstandenen SV kann man jedoch auch unter einem ganz anderen Aspekt sehen, zumal dann, wenn er mit objektiv völlig untauglichen Mitteln begangen wird: nämlich als probates und oft vorexerziertes Mittel, um vom Militärdienst entlassen zu werden. Einsle (25) warnt jedoch zu Recht davor, den SV, auch wenn er deutlich demonstrative Züge trägt, zu bagatellisieren. Man wird sich aus diesem Grund auch davor hüten müssen, alle bei der Bundeswehr vorkommenden SVe gleich zu bewerten; eine gewissenhafte Befragung und Beurteilung des Einzelfalles muß gerade in diesen Fällen als unerläßliche Rezidivprophylaxe gefordert werden.

3. Ernsthaftigkeit

Die vorgenommene Aufteilung der Patienten in die einzelnen Abstufungen der Ernsthaftigkeit wurde mit der hier vor allem gebotenen Vorsicht gewählt. Der Gegensatz zwischen ernstgemeintem und demonstrativem SV ist wohl eine gefährliche Simplifizierung, auf der anderen Seite sind es durchaus vorkommende Extremfälle, zwischen denen es fließende Übergänge gibt (Henseler 41).

Generell fällt auf, daß in fast allen vergleichbaren Untersuchungen der Anteil der ernsthaften SVE wesentlich höher liegt als bei der vorgelegten mit 8%: er reicht von 21% bis 50,7% (71, 50, 38, 11). Lediglich Linden (51) stellte fest, daß Selbstmordversuche meistens (in 92,5%) so arrangiert werden, daß eine Rettung sicher, wahrscheinlich oder möglich erscheint.

Bereits 1961 wiesen Weiss u.a. (89) darauf hin, daß die klinisch gefährliche Selbstbeschädigung hochpositiv mit der Tötungsabsicht korreliert, was von Hausmann (38) und Kockott (46) bestätigt werden konnte. Es stimmt auch mit der eigenen Beobachtung überein, da drei der vier Patienten mit fester Tötungsabsicht auch medizinisch gesehen in hoher Lebensgefahr schwebten. Bei den anderen 6 Patienten, die in lebensbedrohlichem Zustand eingeliefert worden waren, stand ein passiver Todeswunsch im Vordergrund.

Böcker (11) macht es sich dagegen wohl etwas zu leicht, wenn er nur die Tablettenzahl ohne Ansehen der Toxizität als ein Kriterium für die Ernsthaftigkeit heranzieht. Nicht erst seit Einführung der Benzodiazepine, die sich ausgezeichnet gerade für demonstrative SVE mißbrauchen lassen, hat zumindest ein großer Teil der Patienten eine Vor-

stellung von der Wirkungsweise verschiedener Pharmaka und sind durchaus in der Lage, die Schwere einer Vergiftung zu manipulieren (Hausmann u.a. 38). Außerdem müssen als weitere Kriterien die subjektive Einstellung des Patienten, die Art der Medikamente sowie das Arrangement des SVs mit in die Beurteilung der Ernsthaftigkeit eingehen. Bappert (4) sieht in der Tablettenintoxikation den einzigen, oft nur den einfachsten Ausweg, nach der "es dann schon irgendwie weitergeht". Dieser Gedanke wurde von Feuerlein (28) aufgegriffen in Form der Zäsur als parasuizidaler Pause, als ein relativ bequemes Ausweichen und Aufschieben der Probleme. Er behauptet, daß dieser Form des SVs der Appelcharacter fehle, widerspricht sich jedoch fast im gleichen Atemzug, wenn ersagt, die Umwelt solle auch hier die angestrebte neue Ausgangsbasis akzeptieren und die Vergangenheit mehr oder minder vergessen. Dieser Appelleffekt an die Umwelt, dieser "Schrei nach Hilfe" (83), besteht bei SVen immer (86). Jedoch nur, wenn er bewußt ausgespielt wird, kann ein SV als Erpressung verstanden werden (95). Sowohl Robins u.a. (70) als auch Ringel (67) konnten feststellen, daß ernsthaften SVen meistens (in 69% bzw. 78%) eine Ankündigung desselben vorausgeht. Für diese Behauptung fehlt in den zur Auswertung herangezogenen Unterlagen jeglicher Nachweis. Es stellte sich jedoch heraus, daß drei der vier sehr ernsthaften SVE seit langer Zeit (bis zu einem halben Jahr) geplant und vorbereitet waren.

6.3 Therapie nach dem Suizidversuch

Nach der primären intensivmedizinischen Therapie, die hier nicht Gegenstand der Diskussion sein soll, muß sich nach einem SV die psychiatrische Behandlung anschließen. Es sollte in erster Linie die Grunderkrankung des Patienten im Mittelpunkt stehen; dabei ist eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung nach wie vor die beste Suizidprophylaxe (62). In vielen Fällen scheint diese jedoch nicht durchführbar zu sein, da oft die Zeit fehlt, die notwendige Basis des Vertrauens zwischen Arzt und Patient herzustellen.

Nach Möller u.a. (54) führen 20% - 30% der Patienten, die einen SV begangen haben, im 10-Jahres-Zeitraum darauf erneut einen SV durch, wovon 5% - 10% einen tödlichen Ausgang nehmen.

Um Rezidive in Schranken zu halten, forderte Ringel (68) bereits 1965 als weiterführende Maßnahme die Einleitung einer Gruppentherapie, bei der es durch Spiegelerlebnisse zur Aufhebung der inneren Beziehungslosigkeit kommen kann. Initiiert durch die Bildung der "Emotions Anonymous" 1970 in den USA ist auch in Deutschland seit einigen Jahren verstärkt die Gründung von Selbsthilfegruppen und Laienorganisationen zu beobachten (55).

Dem Patienten, wie es Wellhöfer (90) fordert, ein sinnvolleres und für seine Persönlichkeit auch akzeptableres Leben anzubieten, muß wohl als Idealvorstellung verstanden werden, die nur in den seltensten Fällen zu realisieren ist. Denn eine solche Änderung der Lebensumstände setzt eine ständige persönliche Betreuung und zumindest anfangs auch Führung voraus. Statt dessen kommt der Arzt nicht umhin, den Patienten in seine alte Welt zu entlassen, die bestenfalls eine Zeit lang durch

die Hilfsbereitschaft der Umgebung verändert ist (Stengel 85), in der Folge aber dieselbe Beziehungslosigkeit aufweist wie vor dem SV. Diese Faktoren müssen nicht in jedem Fall bedingend für einen SV sein, können ihn jedoch bei geeigneter Konstellation durchaus fördern.

Die Schwierigkeiten der Realisierung einer wirksamen Nachsorge der aus den Reanimationszentren entlassenen Patienten beschreiben auch Grüneberg, Helmchen und Hippus (35). Sie unterstützen die Forderung Wenzlaffs (88), den Reanimationszentren psychiatrische Abteilungen anzugliedern, um den Kontakt zu den Patienten aufrecht zu erhalten, das Vertrauensverhältnis zu vertiefen und auf diesem Weg die Rezidivquote wirkungsvoll zu senken. Zugleich betonen auch sie die zur Zeit personelle sowie räumliche Unmöglichkeit dieser Wunschvorstellung.

7.0 Diskussion (2): Suizidversuche während eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen Universitätsklinik München

1. Statistische Daten

Die geringe Fallzahl läßt aussagekräftige Vergleiche mit der Gesamtklinik-Population nicht zu. Lediglich die Gegenüberstellung der Diagnosen zeigt eine deutlichere Angleichung: die Gesamtklinik-Population weist 29,7% der Patienten mit der Diagnose "Schizophrene Psychose" (ICD 295) bzw. 23,1% mit der Diagnose "Endogene Depression" (ICD 296) aus. Diese beiden Diagnosen waren hier mit 50% bzw. 36% weitaus stärker vertreten als bei den Patienten aus dem ersten Teil dieser Arbeit. Sie gleichen annähernd den von Aché (1) gefundenen Werten (Sve in einer psychiatrischen Klinik: 44% Schizophrene Psychose, 33% Endogene Depression).

2. Suizidversuche auf geschlossenen Stationen

4 Patienten (1M, 3F) begingen den SV in geschlossenen Abteilungen, wobei lediglich bei einer Patientin von den Ärzten Suizidalität registriert worden war. Die Mehrzahl, nämlich 10 Patienten (5M, 5F), war zum Zeitpunkt des SVs auf offenen Stationen untergebracht.

Diese erweiterte Freiheit beinhaltet natürlich auch ein erhöhtes Risiko. Auch die Tatsache, daß 3 Patientinnen einen erlaubten Ausgang zu einem SV nützten, mag verdeutlichen, wie problematisch und subjektiv sich die Abschätzung der Suizidalität darstellt.

Schon 1961 wurde von Beisser und Blanchette (8) festgestellt, daß sich die Hälfte der von ihnen untersuchten Suizide in Isolierräumen ereignet hatte.

Übereinstimmend berichten mehrere Autoren (3, 48, 74), daß die Suizidquoten seit der Umwandlung der geschlossenen in offene Stationen (ODS) unverändert geblieben sind bzw. sich sogar gesenkt haben.

Auch Petri (61) vertritt die Ansicht, daß Aggressionsverhalten und Suizidgefährdung durch die sich daraus ergebende Restriktion und Einengung in geschlossenen Abteilungen größer sind als auf offenen.

Dennoch scheint ein gänzlicher Verzicht auf geschlossene Abteilungen unmöglich zu sein, allein schon zum Schutz des Patienten vor sich selbst, der hier durch bessere Beobachtungsmöglichkeit eher gewährleistet ist.

Nur 5 Patienten (3M, 2F) begingen innerhalb der ersten Woche ihres Klinikaufenthalts SV. Daraus ergibt sich die Forderung, daß Suizidalität nicht nur bei der Aufnahme registriert wird, sondern im Verlauf einer längeren stationären Behandlung immer wieder kritisch beobachtet werden muß. Auch die Zahlen einer finnischen Langzeitstudie verdeutlichen diese Notwendigkeit: nur 16% der von Achté (1) untersuchten Patienten begingen den SV während des ersten Monats des Klinikaufenthalts.

3. Anschuldigung therapeutisch verabreichter Pharmaka

Bekannt sind mögliche Zusammenhänge zwischen pharmakogen ausgelösten Depressionen und Selbstmorden bzw. Suizidversuchen. Helmchen und Hippus (39) diskutieren die Möglichkeit depressi-

ver Verstimmungen bis zur Suizidalität im Rahmen einer Langzeittherapie mit Neuroleptika. In dem untersuchten Patientengut konnte diese Hypothese nicht beurteilt werden, da kein Patient mit Langzeit-Neuroleptika behandelt wurde.

Eine durch Antriebssteigerung ausgelöste Suizidalität ist ebenfalls bekannt (Benkert/Hippius 9). So ist besondere Vorsicht geboten zu Beginn einer Therapie mit Antidepressiva vom Imipramin-Typ bei stark gehemmt-depressiven Patienten, weil es zunächst nur zu einer Antriebssteigerung kommen kann, ohne daß gleichzeitig die Stimmung aufgehellt wird.

8.0 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist in zwei Abschnitte aufgeteilt:

Sie befaßt sich im ersten Teil mit 52 Patienten, die nach einem Suizidversuch mit Medikamenten im Zeitraum von 6 Monaten (März - September 1981) in der Psychiatrischen Universitätsklinik München stationär behandelt wurden.

Der zweite Teil enthält 14 Patienten, die während eines stationären Aufenthalts im Zeitraum von 9 Monaten (Januar - September 1981) einen Suizidversuch unternommen haben.

Die Ergebnisse wurden an Hand eines speziellen Erfassungsbogens, der bei Klinikaufnahme angelegt wurde, sowie der Daten aus den Krankengeschichten gewonnen.

Fragestellung und Ergebnisse dieser Untersuchung:

Die Auswertung der soziodemographischen Daten zeigte auf Grund der relativ geringen Fallzahl kaum Übereinstimmungen mit den Werten umfangreicherer Untersuchungen.

Nur 33% der Patienten waren vor ihrem Suizidversuch aus psychiatrischer Sicht unauffällig. Dagegen befanden sich 56% der Patienten bereits früher in psychiatrischer Behandlung, 22 davon (42%) bereits stationär.

42% der Patienten hatten in der Vergangenheit schon mindestens einen Suizidversuch begangen. Bei den zum Suizidversuch verwendeten Pharmaka stehen Tranquilizer (Benzodiazepine) mit 40% deutlich an der Spitze. Dieser zumindest in der westlichen Welt beobachtete Trend konnte somit eindeutig bestätigt werden ebenso wie

die Beobachtung, daß nach reiner Benzodiazepin-Intoxikation höchst selten schwerwiegende Folgen zu registrieren sind. Bei 8 der 10 Patienten, bei denen hohe Lebensgefahr festgestellt wurde, ist dies auf eine Mischintoxikation zurückzuführen.

Über die Bewußtseinslage der Patienten nach dem Suizidversuch kann auf Grund des häufigen Fehlens exakter Berichte der Notfallkliniken keine genaue Aussage gemacht werden. Das gleiche muß für die Art der Behandlung nach dem Suizidversuch sowie dabei eventuell aufgetretene Komplikationen gelten. Bei der Einlieferung in die Psychiatrische Universitätsklinik hatte sich in allen Fällen das psychopathologische Erscheinungsbild der Patienten soweit gebessert, daß bei fehlender Information darüber keine Rückschlüsse möglich waren.

Bei der Beurteilung der Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs fiel auf, daß bei fast der Hälfte der Patienten (44%) der Suizidversuch als parasuizidale Geste (nach Böcker, 11) eingestuft werden konnte.

Im Interesse einer weitergehenden Untersuchung wäre für die Zukunft die Einführung eines standardisierten Fragebogens für die Notfallkliniken zu empfehlen, um auf diesem Wege die für die Erforschung des Suizidversuchs dringend benötigten Informationen lückenlos zu erhalten.

Im zweiten Teil können wegen der geringen Fallzahl ($n=14$) die Ergebnisse fast ausschließlich nur in darstellender Form beschrieben werden.

50% der Patienten hatten in der Vergangenheit bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen.

Die Diagnosen zeigen eine ähnliche Verteilung wie bei der Gesamtklinik-Population.

In mindestens 7 Fällen (50%) bestand keine oder nur geringe Lebensgefahr, da untaugliche Mittel eingesetzt wurden, wie zum Beispiel der Versuch, sich mit einem Streichholz anzuzünden oder sich mit einem Brillenglas die Pulsadern aufzuschneiden.

In 6 Fällen (43%) wurden Medikamente zum Suizidversuch mißbraucht. Zu dieser Gruppe gehören die beiden Fälle von hoher Lebensgefahr nach Diphenhydramin- bzw. Barbiturat-Intoxikation.

Aus den Krankengeschichten geht nur bei einer Patientin hervor, daß von den behandelnden Ärzten Suizidalität registriert wurde.

Lediglich in einem Fall wurde ein therapeutisch verabreichtes Pharmakon angeschuldigt: einen Tag vor dem Suizidversuch war Haldol (10mg/d) wegen Rigor abgesetzt worden.

Man muß sich mit der Tatsache abfinden, daß niemals alle Suizidversuche verhindert werden können. Dennoch sollte es das Ziel jeder psychiatrischen Therapie sein, die Zahl der Patienten, die sich das Leben nehmen wollen, so klein wie nur möglich zu halten.

Zur Einstufung des Suizidrisikos lassen sich aus der Diagnose sowie aus Suizidversuchen in der Vergangenheit wichtige Schlüsse ziehen. Dies sollte der behandelnde Arzt bereits bei der Verschreibung von Medikamenten in Bezug auf Art, Dosis und Packungsgröße berücksichtigen.

Sowohl in ambulanter Behandlung als auch erst recht auf Station kann eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient einen großen Beitrag zur Suizidprophylaxe leisten.

I. SV mit Medikamenten, die zur stationären Aufnahme führten

100 Identifikation

lfd. Nr.

Code

1

101 Alter 15-20=1 21-25=2 26-30=3
31-40=4 41-50=5 51-60=6 über 60=7

102 Geschlecht m=1 w=2

103 Familienstand led=1 zus.lebend=2
verh=3 getr.lebend=4 gesch=5 verw=6

104 Schulbildung Volksschule=10 Sondersch.=20
Realsch.=30 Abitur=40 Studium=50
abgebrochen=.1

105 Beruf selbst.=10 angest.=20 Beamter=30
Arbeiter=40 BW=50 Arzt=60 untergeord.med.B=61
arbeitslos=70 Rentner=80 vorzeitig berentet=81
Hausfrau=90 Hausfrau mit Nebenbesch.=91

106 Sozialer Rahmen BW.Z=51 BW.W=52
Finanzen

Wohnverhältnisse

Arbeit

Familienverhältnisse

jeweils: geordnet=3 stärkere Schwierigkeiten=2
unklar=3

200 Anamnese

201 Diagnose(n)

202 Primärpersönlichkeit
siehe Sonderliste 202

203 Frühere psychiatrische Behandlung
nein=0 stationär=1

insges. Aufenthalte in psychiatr.Kliniken
(ohne diesen SV)

ambulant bei: Nervenarzt=1 Psychotherapeut=2
Hausarzt=3 Beratungsstelle=4
andere=5

wann zuletzt

im letzten Monat=1 vor 3 Monaten=2
vor 6 Monaten=3 vor 1 Jahr=4
vor 2 Jahren=5 vor 5 Jahren=6
vor 10 Jahren=7 vor über 10 Jahren=8

Diagnose(n)

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (in Jahren)

Medikamentöse Behandlung nein=0 ja=1
welche

204 Somatische Krankheiten

gesund=0 krank=1

welche

ungefährer Schweregrad dieser Krankheiten

rel. harmlos=1 ... unheilbar=6

205 Medikamentenmißbrauch

nein=0 ja=1

Abhängigkeit

nein=0 ja=1

welche Medikamente

Pharmagruppe: 70-71, 75-76

Handelsname: 72-74, 77-79

Code

frei verkäuflich=1 verordnet=2

selbst verschafft=3 unklar=4

Dosierung niedrig=1 hoch=2

seit wann

unklar=0

seit 1 Monat =1

seit 3 Monaten=2

seit 6 Monaten=3

seit 1 Jahr=4

seit 2 Jahren =5

seit 5 Jahren=6

seit 10 Jahren=7

seit über 10 Jahren=8

206 Drogen

nein=0 gelegentlich=1 regelmäßig=2

welche siehe Sonderliste 206

207 Alkoholabusus

nein=0 episodisch=1 chronisch=2

Abhängigkeit

nein=0 ja=1

208 Frühere SV

nein=0 1x=1 2x=2 3x=3 4x=4 öfter=5

letzter SV (Monat/Jahr)

mit Medikamenten (unbekannt=99/999)

Pharmagruppe: 18-19, 23-24

Handelsname: 20-22, 25-27

mit anderen Mitteln

welche siehe Sonderliste 208

300 Angaben zum SV

301 Medikamente

Pharmagruppe: 29-30, 41-42, 53-54, 65-66

Handelsname: 31-33, 43-45, 55-57, 67-69

(+ generic name)

Dosierung in mg: 34-37, 46-49, 58-61, 70-73

Tablettenzahl: 38-40, 50-52, 62-64, 74-76

(unbekannt= 99/999/9999/999)

- Med.: 1 2 3 4
- 302 Herkunft der verwendeten Pharmaka
frei verkäuflich=1 verordnet=2
selbst verschafft=3 unklar=4
- 303 Kombination mit Alkohol
nein=0 ja=1
- 304 Kombination mit anderen Mitteln
nein=0 Schnitt=1 Stich=2 Gas=3
herabstürzen=4 erhängen=5 andere=6
- 305 Ort bei Ausführung des SV
nicht bekannt=0
allein außerhalb gewohnter Umgebung=1
allein in gewohnter Umgebung (zu Hause...)=2
allein, Personen in der Nähe=3
allein, Personen zu erwarten=4
in anonymer Öffentlichkeit=5
bekannte Personen anwesend=6
- 306 Ortsveränderung nach Ausführung des SV
nicht bekannt=0 in Einsamkeit=1
in anonyme Öffentlichkeit=2
zu Bekannten etc.=3 zu Familie=4
zu "zentraler Konfliktfigur"=5 keine=6
- 307 Gründe für SV
siehe Sonderliste 307
- 308 Ankündigung des SV
plötzlicher Entschluß=1 Raptus=2
vorher angekündigt=3 langfristig geplant=4
wie lang (in d)
- 309 Lebensgefahr beim SV
harmlos=1 hoch=2 unklar=3
- 310 Ernsthaftigkeit des SV
parasuizidale Geste=1 pass. Todeswunsch=2
fester Entschluß zu sterben=3
- 311 Haltung nach SV
Haltung bei Aufnahme unklar=1
distanziert sich=2 würde wiederholen=3
Haltung bei Entlassung dto.
wann das 1.mal nach SV geäußert (in d)
- 400 Notfallmaßnahmen
- 401 Selbständige Maßnahmen des Patienten
siehe Sonderliste 401 (alarmiert:...)
sucht selbst Krankenhaus auf
Nußbaumstr.=1 andere=2
versucht selbst Notfallmaßnahmen
welche siehe Sonderliste 401/II
- 402 Patient wird aufgefunden
von wem: siehe Sonderliste 402
wie lange nach SV (ca. in min)
- 403 Verlegung in eine Klinik nach SV
welche: siehe Sonderliste 403
Aufenthaltsdauer dort (in d)
Art der Maßnahmen
siehe Sonderliste 403/II
- 404 Zeitintervall SV - Klinikeinweisung (in h)

77

--	--	--	--

 80

Code

		3
--	--	---

 83

--	--

 84

--	--

 85

--	--

 87

--	--

 88

--	--

 89

--	--

 90

--	--

 91

--	--

 92

--	--

 93

--	--

 94

--	--

 95

--	--

 96

--	--

 97

--	--

 98

--	--

 99

--	--

 100

--	--

 101

--	--

 102

--	--

 103

--	--

 104

--	--

 105

--	--

 106

--	--

 107

--	--

 108

--	--

 109

--	--

 110

--	--

 111

--	--

 112

--	--

 113

--	--

 114

--	--

 115

--	--

 116

--	--

 117

--	--

 118

--	--

 119

--	--

 120

--	--

 121

--	--

 122

--	--

 123

--	--

 124

--	--

 125

--	--

 126

--	--

 127

--	--

 128

--	--

 129

--	--

 130

--	--

 131

--	--

 132

--	--

 133

--	--

 134

--	--

 135

--	--

 136

--	--

 137

--	--

 138

--	--

 139

--	--

 140

--	--

 141

--	--

 142

--	--

 143

--	--

 144

--	--

 145

--	--

 146

--	--

 147

--	--

 148

--	--

 149

--	--

 150

--	--

 151

--	--

 152

--	--

 153

--	--

 154

--	--

 155

--	--

 156

--	--

 157

--	--

 158

--	--

 159

--	--

 160

--	--

 161

--	--

 162

--	--

 163

--	--

 164

--	--

 165

--	--

 166

--	--

 167

--	--

 168

--	--

 169

--	--

 170

--	--

 171

--	--

 172

--	--

 173

--	--

 174

--	--

 175

--	--

 176

--	--

 177

--	--

 178

--	--

 179

--	--

 180

--	--

 181

--	--

 182

--	--

 183

--	--

 184

--	--

 185

--	--

 186

--	--

 187

--	--

 188

--	--

 189

--	--

 190

--	--

 191

--	--

 192

--	--

 193

--	--

 194

--	--

 195

--	--

 196

--	--

 197

--	--

 198

--	--

 199

--	--

 200

--	--

 201

--	--

 202

--	--

 203

--	--

 204

--	--

 205

--	--

 206

--	--

 207

--	--

 208

--	--

 209

--	--

 210

--	--

 211

--	--

 212

--	--

 213

--	--

 214

--	--

 215

--	--

 216

--	--

 217

--	--

 218

--	--

 219

--	--

 220

--	--

 221

--	--

 222

--	--

 223

--	--

 224

--	--

 225

--	--

 226

--	--

 227

--	--

 228

--	--

 229

--	--

 230

--	--

 231

--	--

 232

--	--

 233

--	--

 234

--	--

 235

--	--

 236

--	--

 237

--	--

 238

--	--

 239

--	--

 240

--	--

 241

--	--

 242

--	--

 243

--	--

 244

--	--

 245

--	--

 246

--	--

 247

--	--

 248

--	--

 249

--	--

 250

--	--

 251

--	--

 252

--	--

 253

--	--

 254

--	--

 255

--	--

 256

--	--

 257

--	--

 258

--	--

 259

--	--

 260

--	--

 261

--	--

 262

--	--

 263

--	--

 264

--	--

 265

--	--

 266

--	--

 267

--	--

 268

--	--

 269

--	--

 270

--	--

 271

--	--

 272

--	--

 273

--	--

 274

--	--

 275

--	--

 276

--	--

 277

--	--

 278

--	--

 279

--	--

 280

--	--

 281

--	--

 282

--	--

 283

--	--

 284

--	--

 285

--	--

 286

--	--

 287

--	--

 288

--	--

 289

--	--

 290

--	--

 291

--	--

 292

--	--

 293

--	--

 294

--	--

 295

--	--

 296

--	--

 297

--	--

 298

--	--

 299

--	--

 300

--	--

 301

--	--

 302

--	--

 303

--	--

 304

--	--

 305

--	--

 306

--	--

 307

--	--

 308

--	--

 309

--	--

 310

--	--

 311

--	--

 312

--	--

 313

--	--

 314

--	--

 315

--	--

 316

--	--

 317

--	--

 318

--	--

 319

--	--

 320

--	--

 321

--	--

 322

--	--

 323

--	--

 324

--	--

 325

--	--

 326

--	--

 327

--	--

 328

--	--

 329

--	--

 330

--	--

 331

--	--

 332

--	--

 333

--	--

 334

--	--

 335

--	--

 336

--	--

 337

--	--

 338

--	--

 339

--	--

 340

--	--

 341

--	--

 342

--	--

 343

--	--

 344

--	--

 345

--	--

 346

--	--

 347

--	--

 348

--	--

 349

--	--

 350

--	--

 351

--	--

 352

--	--

 353

--	--

 354

--	--

 355

--	--

 356

--	--

 357

--	--

 358

--	--

 359

--	--

 360

--	--

 361

--	--

 362

--	--

 363

--	--

 364

--	--

 365

--	--

 366

--	--

 367

--	--

 368

--	--

 369

--	--

 370

--	--

 371

--	--

 372

--	--

 373

--	--

 374

--	--

 375

--	--

 376

--	--

 377

--	--

 378

--	--

 379

--	--

 380

--	--

 381

--	--

 382

--	--

 383

--	--

 384

--	--

 385

--	--

 386

--	--

 387

--	--

 388

--	--

 389

--	--

 390

--	--

 391

--	--

 392

--	--

 393

--	--

 394

--	--

 395

--	--

 396

--	--

 397

--	--

 398

--	--

 399

--	--

 400

--	--

 401

--	--

 402

--	--

 403

--	--

 404

--	--

 405

--	--

 406

--	--

 407

--	--

 408

--	--

 409

--	--

 410

--	--

 411

--	--

 412

--	--

 413

--	--

 414

--	--

 415

--	--

 416

--	--

 417

--	--

 418

--	--

 419

--	--

 420

--	--

 421

--	--

 422

--	--

 423

--	--

 424

--	--

 425

--	--

 426

--	--

 427

--	--

 428

--	--

 429

--	--

 430

--	--

 431

--	--

 432

--	--

 433

--	--

 434

--	--

 435

--	--

 436

--	--

 437

--	--

 438

--	--

 439

--	--

 440

--	--

 441

--	--

 442

--	--

 443

--	--

 444

--	--

 445

--	--

 446

--	--

 447

--	--

 448

--	--

 449

--	--

 450

--	--

 451

--	--

 452

--	--

 453

--	--

 454

--	--

 455

--	--

 456

--	--

 457

--	--

 458

--	--

 459

--	--

 460

--	--

 461

--	--

 462

--	--

 463

--	--

 464

--	--

 465

--	--

 466

--	--

 467

--	--

 468

--	--

 469

--	--

 470

--	--

 471

--	--

 472

--	--

 473

--	--

 474

--	--

 475

--	--

 476

--	--

 477

--	--

 478

--	--

 479

--	--

 480

--	--

405 Genauigkeit der Angaben (Arztbriefe ...)
 ungenau=1 ausführlich=2

40 40

500 Status des Patienten in Notfallklinik

501 Bewußtseinslage

siehe Sonderliste 501
 wann nach SV (in h)



502 Neurologische Ausfälle

siehe Sonderliste 502
 wann nach SV (in h)



503 Sonstige organische Schäden durch SV

siehe Sonderliste 503
 wann nach SV (in h)



504 EKG

siehe Sonderliste 504
 wann nach SV (in h)



505 EEG

siehe Sonderliste 505
 wann nach SV (in h)



600 Status des Patienten in Nußbaumstr.

601 Bewußtseinslage

siehe Sonderliste 601
 wann nach SV (in d)



602 Neurologische Ausfälle

siehe Sonderliste 602
 wann nach SV (in d)



603 Sonstige organische Schäden durch SV

siehe Sonderliste 603
 wann nach SV (in d)



604 EKG

siehe Sonderliste 604
 wann nach SV (in d)



605 EEG

siehe Sonderliste 605
 wann nach SV (in d)



Code 4 3

700 Therapie während des stationären Aufenthalts

701 Medikamentös

Pharmagruppe: 4-5, 17-18, 30-31, 43-44, 56-57, 69-70
 Handelsname: 6-8, 19-21, 32-34, 45-47, 58-60, 71-73

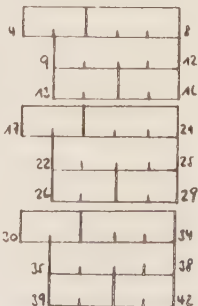
(+ generic name)

Dosierung (mg/d): 9-12, 22-25, 35-38, 48-51, 61-64

Dosierung (ml/d): 74-76

Dauer (in Tagen des Klinikaufenthalts:

13-16, 26-29, 39-42, 52-55, 65-68, 77-80



701 Medikamente ff.

43					47
45					51
47					55
52					60
61					64
65					68
69					73
74					76
77					80
Code →					5

702 Zusätzliche Therapiemaßnahmen
siehe Sonderliste 702

4					7
---	--	--	--	--	---

703 Verlegung in andere Klinik vor Abschluß
der Behandlung
siehe Sonderliste 703

8		8
---	--	---

704 Dauer des stationären Aufenthalts (in d)

9					11
---	--	--	--	--	----

705 Entlassungsmedikation

Pharmagruppe: ~~12-13, 21-22, 30-31~~ 12-13, 21-22, 30-31

Handelsname: ~~14-16, 23-25, 32-34~~ 14-16, 23-25, 32-34

(+ generic name)

Dosis (mg/d): ~~17-20, 26-29, 35-38~~ 17-20, 26-29, 35-38

12					16
17					20
21					25
26					29
30					34
35					38

800 Weiterbehandlung

801 stationär
siehe Sonderliste 801

39					40
----	--	--	--	--	----

802 ambulant
siehe Sonderliste 802

41					42
----	--	--	--	--	----

-. - . - . - . -

II. SV während des stationären Aufenthalts

100 Identifikation

Code

- 101 Alter 15-20=1 21-25=2 26-30=3
31-40=4 41-50=5 51-60=6 über 60=7
- 102 Geschlecht m=1 w=2
- 103 Familienstand led=1 zus.lebend=2
verh=3 getr.lebend=4 gesch=5 verw=6
- 104 Schulbildung Volksschule=10 Sondersch.=20
Realsch.=30 Abitur=40 Studium=50
abgebr.=1 unbekannt=99
- 105 Beruf Schüler=01 selbst=10 angest=20
in Ausbildung=21 Beamter=30 Arbeiter=40
Bw=50 Bw.Z=51 Bw.W=52 Arzt=60
untergeord.med.Ber.=61 arbeitslos=70
Rentner=80 vorzeitig berentet=81
Hausfrau=90 Hausfrau mit Nebenbesch.=91

106 Sozialer Rahmen

Finanzen

Wohnverhältnisse

Arbeit

Familienverhältnisse

jeweils: geordnet=1 stärkere Schwierigkeiten=2
unklar=3

200 Anamnese

201 Diagnose(n)

202 Primärpersönlichkeit

siehe Sonderliste 202

203 Frühere psychiatrische Behandlung

nein=0 ja=1

insges. frühere Aufenthalte in psychiatr. Kl.

ambulant bei: Nervenarzt=1 Psychotherapeut=2

Hausarzt=3 Beratungsstelle=4 andere=5

wann zuletzt

im letzten Monat=1 vor 3 Monaten=2

vor 6 Monaten=3 vor 1 Jahr=4

vor 2 Jahren=5 vor 5 Jahren=6

vor 10 Jahren=7 vor über 10 Jahren=8

Diagnose(n)

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (in Jahren)

Medikamentöse Behandlung nein=0 ja=1

welche

204 Somatische Krankheiten

gesund=0 krank=1

welche

ungefährer Schweregrad dieser Krankheiten

rel. harmlos=1 ... unheilbar=6

205 Medikamentenmißbrauch nein=0 ja=1

Abhängigkeit nein=0 ja=1

welche Medikamente

frei verkäuflich=1 verordnet=2

selbst beschafft=3 unklar=4

Dosierung niedrig=1 hoch=2

seit wann unklar=0

seit 1 Monat =1 seit 3 Monaten=2

seit 6 Monaten=3 seit 1 Jahr =4

seit 2 Jahren =5 seit 5 Jahren =6

seit 10 Jahren=7 seit über 10 Jahren=8

206 Drogen nein=0 gelegentlich=1 regelmäßig=2

welche siehe Sonderliste 206

207 Alkoholabusus nein=0 episodisch=1 chronisch=3

Abhängigkeit nein=0 ja=1

208 Frühere SV

nein=0 1x=1 2x=2 3x=3 4x=4 öfter=5

letzter SV (Monat/Jahr)

mit Medikamenten

mit anderen Mitteln

welche siehe Sonderliste 208

in psychiatrischen Stationen

nein=0 Nußbaumstr.=1

andere psych. Station=2

209 Datum der jetzigen stationären Aufnahme

(Monat/Jahr)

210 Anlaß für die stationäre Aufnahme

siehe Sonderliste 210

211 Medikamentöse Behandlung

58	
59	62
63	66
67	68
69	
70	
71	75
76	80
Code	2
9	5
6	7
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	17
18	22
23	27
28	
29	
30	33
34	35
36	40
41	44
45	48
49	53
54	57
58	64
62	66
67	70
71	74
75	79

- 310 Ankündigung des SV unklar=0
plötzlicher Entschluß=1 Raptus=2
vorher angekündigt=3 langfristig geplant=4
wie lang (in d)
- 311 Wurde von Ärzten Suizidalität registriert?
nein=0 ja=1 unklar=2
falls ja: Konsequenzen
- 312 Lebensgefahr beim SV
harmlos=1 hoch=2 unklar=3
- 313 Haltung nach SV
Einstellung des Pat. nach SV unklar=1
distanziert sich=2 würde wiederholen=3
Haltung bei Entlassung dto.
wann das 1.mal nach SV geäußert (in d)
- 400 314 Ernsthaftigkeit des SV parasuiz.=1 pass.Todesw.=2
Notfallmaßnahmen fester Entschl. zu ster.=3
- 401 Selbständige Maßnahmen des Patienten
siehe Sonderliste 401
sucht selbst Krankenhaus auf
Nußbaumstr.=1 andere=2
versucht selbst Notfallmaßnahmen
welche siehe Sonderliste 401/II
- 402 Patient wird aufgefunden
von wem: siehe Sonderliste 402
wie lange nach SV (ca. in min)
- 403 Verlegung in andere Klinik nach SV
welche: siehe Sonderliste 403
Aufenthaltsdauer dort (in d)
Art der Maßnahmen
siehe Sonderliste 403/II
- 404 Zeitintervall SV - Klinikeinweisung (in h)
- 405 Wiederaufnahme Nußbaumstr. nein=0 ja=1
- 406 Genauigkeit der Arztbriefe...
ungenau=1 ausführlich=2
- 500 Status des Patienten in Notfallklinik
- 501 Bewußtseinslage
siehe Sonderliste 501
wann nach SV (in h)
- 502 Neurologische Ausfälle
siehe Sonderliste 502
wann nach SV (in h)
- 503 Sonstige organische Schäden durch SV
siehe Sonderliste 503
wann nach SV (in h)
- 504 EKG
siehe Sonderliste 504
wann nach SV (in h)
- 505 BEG
siehe Sonderliste 505
wann nach SV (in h)

42	43	44
45	46	47
48	49	50
51	52	53
54	55	56
57	58	59
60	61	62
63	64	65
66	67	68
69	70	71
72	73	74
75	76	77
78	79	80
81	82	83
84	85	86
87	88	89
90	91	92
93	94	95
96	97	98
99	100	101

Code —————→

600 Status des Patienten in Fußbaumstraße

- 601 Bewußtseinslage
siehe Sonderliste 601
wann nach SV (in d)
- 602 Neurologische Ausfälle
siehe Sonderliste 602 wann nach SV (in d)
- 603 Sonstige organische Schäden nach SV
siehe Sonderliste 603
wann nach SV (in d)
- 604 EKG
siehe Sonderliste 604
wann nach SV (in d)
- 605 EEG
siehe Sonderliste 605
wann nach SV

20				24
22				23
24				25
26				27
28				29
30				31
32				33
34				35
36				37
38				39

700 Therapie nach SV

- 701 Medikamentenumstellung nein=0 ja=1
- 702 Medikation nach SV

Code

40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

- 703 Zusätzliche Therapiemaßnahmen
- 704 Änderung der Therapiemaßnahmen im Vergl. zu 213
- 705 Verlegung in andere Klinik vor Abschluß der Behandlung
siehe Sonderliste 705
- 706 Dauer des stationären Aufenthalts nach SV

43				44
45				46
47				48
49				50

706 Entlassungsmedikation

1.	51								55
		52							59
2.	60								64
		65							68
3.	69								73
		74							77

800 Weiterbehandlung

801 stationär
siehe Sonderliste 801

802 ambulant
siehe Sonderliste 802

78	
79	80

-.-.-.-.-

9.0 Literaturverzeichnis

1. Achté, K.A., A. Stenbeck, H. Teräsväinén: On suicides committed during treatment in psychiatric hospitals, *Acta Psych.* (1965), 272 - 284
2. Ahmad, S.: Tricyclic antidepressant overdose, *Americ. Heart J.* 3 (1981), 357 - 358
3. Amery, J.: In der Stadt der Nächstenliebe, *Wochenzeitung "Die Zeit"* 14 (1969), 64
4. Bappert, W.: Die Zunahme der Suizidversuche und ihre seelischen Hintergründe, in Zwingmann, Ch.: *Selbstvernichtung*, Frankfurt/Main: Akad. Verlagsges. (1965)
5. Batchelor, I.R.C., M.B. Napier: Attempted suicide in old age, *Brit.Med.J.* (1953), 1186 - 1190
6. Bayer. Statist. Landesamt (1980)
7. Bayreuther, H.: Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord, in Zwingmann, Ch.: *Selbstvernichtung*, Frankfurt/Main: Akad. Verlagsges. (1965)
8. Beisser, A.R., J.E. Blanchette: A study of suicides in a mental hospital, *Dis.Nerv.Syst.* 22 (1961), 365 - 369
9. Benkert, C., H. Hippus: *Psychiatrische Pharmakotherapie*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1976)
10. Bochnik, H.J.: Verzweiflung. Randzonen menschlichen Verhaltens, *Festschrift für Prof. Dr. H. Bürger-Prinz*, Stuttgart: Enke (1962), 201 - 227

11. Böcker, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines Suizidversuchs, Dtsch.Med.Wschr. 95 (1970a), 883 - 885
12. Böcker, F., R. Heitmann, K.D. Stumpfe: Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Ftschr. Neurol. Psych. 38 (1970), 341 - 348
13. Böcker, F.: Über Veränderungen der Selbstmordkurven in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Nervenarzt 43 (1972), 574 - 577
14. Böcker, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, Stuttgart: Thieme (1973)
15. Bonk, K.: Selbstmord und Alkohol unter besonderer Berücksichtigung der alkoholischen Beeinflußung zur Tatzeit, Dissertation der mediz. Fakultät der Universität Köln (1973)
16. De Boor, W.: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)
17. Bresser, P.: Die Bedeutung der Pubertätseinflüsse für die Beurteilung abnormer Äußerungen Jugendlicher, Nervenarzt 18 (1947), 256
18. Brohansky, N.: Häufigkeit und Ursache des Selbstmordes in Rußland, Zitat nach Berman, Mschr. Psychiatr. 77 (1930), 297
19. Chand, S., P. Chrome, S. Dawling: One hundred cases of acute intoxication with Mianserin Hydrochloride, Pharmakopsychiat. 14 (1981), 15 - 17
20. Clopton, J.R., W.C. Jones: Use of the MMPI in the prediction of suicide, J. of Clin. Psych. 31 (1), (1975), 52 - 54

21. Davis, J.M., E. Bartlett, B.A. Termini: Overdosage of Psychotropic Drugs: A Review, Part I, Dis.Nerv.Syst. 3 (1968), 157 - 164
22. Dönhardt, A., R. Schultz: Therapie akuter Vergiftungen mit Hypnotika und Psychopharmaka, Dtsch.med.Wschr. 97 (1972), 1755 - 1757
23. Dotzauer, G., H. Goebels, H. Legewie: Selbstmord und Selbstmordversuch, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./Main: Akad. Verlagsgesellschaft (1965)
24. Durkheim, E.: Le suicide. Etude de Sociologie, Paris: Alcano (1897). Deutsche Übersetzung: Der Selbstmord, Neuwied: Luchterhand (1969)
25. Einsle, A.: Der Suizidversuch in der Deutschen Bundeswehr, Dissertation, München (1971)
26. Ellermann, M.: Social and clinical features of chronic alcoholism, J.nerv.ment.Dis. (1948)
27. Feudell, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankfurt/M.: Akad. Verlagsges. (1965)
28. Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung, Nervenarzt 42 (1971), 127 - 130
29. Forth, W., D. Henschler, W. Rummel: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Mannheim, Wien, Zürich: Bibliographisches Institut (1980)
30. Gabriel, E.: Über die Todesursachen bei Alkoholikern, Ztschr.Neur.u.Psych. (1935)
31. Gaupp, R.: Über den Selbstmord, München: Gmelin (1905)

32. Gittleson, N.L.: The Relationship Between Obsessions and Suicidal Attempts in Depressive Psychosis, Brit.J.Psychiat. 112 (1966), 889 - 890
33. Graute, P.: Alkoholismus und Selbstmord, Allg. Ztschr.Psych. (1939)
34. Greenblatt, D.J., E. Woo, M.D. Allen, P.J. Orsolak, R.I. Shader: Rapid Recovery from Massive Diazepam Overdose, JAMA, Vol. 240, Nr.17, (1978), 1872 - 1874
35. Grüneberg, F., H. Helmchen, H. Hippus: Zur Phänomenologie von Suizidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in einem großstädtischen Reanimationszentrum, Therapiewoche 28 (1972), 2242 - 2252
36. Gruhle, H.: Selbstmord, Leipzig: Thieme (1940)
37. Hathaway, S.R., J.C. McKinley: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, New York, Psychological Corporation (1942). Dtsch. Übersetzung: Spreen, O.: MMPI, Saarbrücken, Bern: Huber (1963)
38. Hausmann, Ch., R. Albert, H. Kayser: Suizidversuch, Dtsch.med.Wschr. 93 (1968), 1883 - 1887
39. Helmchen, H., H. Hippus: Die unerwünschten psychischen Nebenwirkungen der Psychopharmaka, Internist 8 (1967), 336 - 344
40. Henseler, H.: Selbstmord und Selbstmordversuche: Vorurteile und Tatsachen, Dtsch. Ärzteblatt 11 (1971a), 789 - 791
41. Henseler, H.: Ärztliche Sofortmaßnahmen bei der psychischen Betreuung von Patienten nach Selbstmordversuchen, Med. Welt 23/Heft 9 (1972), 306 - 309

42. Hestand, H.E., D.W. Teske: Diphenhydramine hydrochloride intoxication, J. of Pediatrics 6 (1977), 1017 - 1018
43. Hofmann, V., W. Riess, C. Descoeudres, H. Studer: Zur Frage der Hämoperfusion bei Vergiftungen: Unwirksamkeit bei Maprotilin-Intoxikation, Schw.med.Wschr. 110, Nr.8 (1980), 291 - 294
44. Holme, J.A., P.J. Wirth, E. Dybing, S.S. Thorgeirsson: Modulation of N-Hydroxyparacetamol Cytotoxicity in Suspensions of Isolated Rat Hepatocytes, Acta pharmacol. et toxicol. 51 (1982), 96 - 102
45. Jantz, H.: Schizophrenie und Selbstmord, Bericht über den Kongress für Neur. und Psychiatrie, Tübingen (1947)
46. Kockott, G., H. Heyse, W. Feuerlein: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation, Fortschr.Neurol. Psychiatr. 38 (1970), 441 - 465
47. Kubie, L.S.: Multiple Determinants of Suicidal Efforts, J.Nerv.Ment.Dis. 138 (1964), 3 - 8
48. Lange, E.: Die Suicidgefahr beim Open-Door-System (ODS) in stationären psychiatrischen Einrichtungen, Sozial.Psych. 1 (1966), 64 - 72
49. Langou, R.A., C. van Dyke, S.R. Tahan, L.S. Cohen: Cardiovascular manifestations of tricyclic antidepressant overdose, Am.Heart J., Vol. 100, Nr.4 (1980), 458 - 464
50. Levi, L.D., C.H. Fales, M. Stein, V.H. Sharp: Separation and Attempted Suicide, Arch.Gen. Psychiat. 15 (1966), 158 - 164
51. Linden, K.J.: Der Suizidversuch, Stuttgart: Enke (1969)

52. Matakas, F.: Pharmaka-Bewertungskriterien, Transparenztelegramm "Weiße Liste" AT I (1979/80), Arzneimittelinformationsdienst GmbH Berlin
53. Mergen, A.: Selbstmord - Vorurteil und Sexualität, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankfurt/M.: Akad. Verlagsges. (1965)
54. Möller, H.J., A. Torhorst, C. Wächter: Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch - Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten, Psychiatr.Prax. 9 (1982), 106 - 112
55. Moeller M.L.: Selbsthilfegruppen, Reinbeck: Rowohlt (1978)
56. Moeschlin, S.: Klinik und Therapie der Vergiftungen, Stuttgart: Thieme (1964)
57. Motto, J.A., C. Greene: Suicide and the Medical Community, Arch.Neurol.Psychiat. 201 (1971), 269 - 270
58. O'Neill, P., E. Robins, G.H. Schmidt: A Psychiatric Study of Attempted Suicide in Persons over 60 Years of Age, Arch.Neurol.Psychiat. 75 (1956), 1179 - 1182
59. Padrutt, H.P.: Die Abschätzung der Suizidalität, Überprüfung der praktischen Brauchbarkeit einer Risikoliste (Pöldinger), Schweizer Rundschau für Medizin, 59 (1970), 403 - 414
60. Parnitzke, K.H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)
61. Petri, H.: Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen Kliniken, Zschr.f.Psychotherapie u.med.Psych. 20 (1970), 10 - 18

62. Pöldinger, W.: Die medikamentöse Depressionsbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Selbstmordprophylaxe, Schweiz.Arch.Neurol.Neu-rochir.Psychiat. 98 (1966), 304 - 312
63. Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität, Bern/Stuttgart: Huber (1968)
64. Proudfoot, A.T., J. Park: Changing pattern of drugs used for self-poisoning, Brit.Med.J. 1 (1978), 90 - 93
65. Rasenack, U., W. Gattenlöhner: Intoxikationen mit tricyclischen Psychopharmaka, Med. Klinik 71 (1976), 507 - 512
66. Ringel, E.: Der Selbstmord, Wien: Maudrich (1953)
67. Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Wien: Hollinek (1961)
68. Ringel, E.: Über Selbstmordversuche von Jugendlichen, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frank./M.: Akad. Verlagsges. (1965)
69. Ringel, E.: Selbstmordverhütung, Bern, Stuttgart, Wien: Huber (1969)
70. Robins, E., S. Gassner, J. Kayes, R. Wilkinson, G. Murphy: The communication of suicidal intent, Am. J.Psychiatr. (1959), 724 - 733
71. Rosen, D.H.: The serious suicide attempt, Amer. J. Psychiatr. 127 (1970), 764 - 770
72. Rüeegsegger, P.: Selbstmordversuche, Psychiat. Neur. 146 (1963), 81 - 104
73. Ruff, R.L., H. Kutt, D. Hafler: Prolonged Benzodiazepine Coma, New York State J. of Med. 5 (1981), 767 - 777
74. Sainsbury, P.: Der Altersselbstmord, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)

75. Saunders, J.B., N. Wright, K.O. Lewis: Predicting outcome of Paracetamol poisoning by using ^{14}C - aminopyrine breath test, Brit.Med.J. (1980/II), 279
76. Selzer, M.L., C.E. Payne: Autounfälle, Selbstmord und unbewußte Motivation, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)
77. Schettler, G.: Innere Medizin, Stuttgart: Thieme (1980)
78. Schmidtobreick, B.: Suizid und Suizidversuch bei Suchtkranken, in Ringel, E. u.a. (Hrsg.), (1976), 37 - 53
79. Schuster, H.P.: Akute exogene Intoxikationen, Dtsch.med.Wschr. 96 (1971a), 326 - 332
80. Schwabe, U.: Jährlich 1000 Todesfälle durch rezeptfreie Bromcarbamid-haltige Schlafmittel in der Bundesrepublik?, Dtsch.med.Wschr. 102 (1977), 885 - 888
81. Starkey, I.R., A.A.H. Lawson: Psychiatric aspects of acute poisoning with tricyclic and related antidepressants - a ten-year review, Scott.Med.J. 25 (1980), 303 - 308
82. Stengel, E.: Recent research into the social significance of suicide and attempted suicide, Bulletin der WFMH (1957)
83. Stengel, E., N.E. Cook: Attempted suicide: Its social significance and effects, London: Chapman&Hall (1958)
84. Stengel, E., N.E. Cook: Contrasting suicide rates in industrial communities, J.Ment.Sci. 107 (1961), 1011 - 1020

85. Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Psychiatrie der Gegenwart, Berlin/Göttingen/Heidelberg/New York: Springer (1962) Bd.III, 52 - 74
86. Stengel, E.: Neuere Ergebnisse der Suicid-Forschung, Zbl.Neurol.Psychiat. 201 (1971), 269 - 270
87. Tuckman, J., W.F. Youngman: Suicide risk among persons attempting suicide, Publ.Health Rep. 78 (1963a), 585 - 587
88. Venzlaff, R.: Die Berliner Ärztekammer, 5 (1968), 271
89. Weiss, J.M.A., N. Nemez, K.W. Schaie: Quantification of certain trends in attempted suicide, Proceedings 3. Worldcongress of Psychiatry, Montreal (1961)
90. Wellhöfer, P.R.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Stuttgart: Fischer (1981)
91. Werner, W.: Selbstmord(versuch) und Psychose, Dtsch.med.Wschr. 99 (1974), 583 - 584
92. Wiele, E.F.: Sozialpsychologische Erfahrungen aus der Betreuung Suizidgefährdeter, in Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)
93. Wiendick, G.: Sozialpsychologische Determinanten des Alters-Suicids, Nervenarzt 41 (1970), 220 - 223
94. Zilboorg, G.: Differential diagnostic types of suicide, Arch.Neurol.Psychiat. (Chicago), 35 (1936), 270 - 291
95. Zwingmann, Ch.: Selbstvernichtung, Frankf./M.: Akad. Verlagsges. (1965)

Lebenslauf

Name: Peter Denk

Geboren: 30.11.1949 in München

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: verheiratet seit 11.9.1981

Schulbildung: 4 Jahre Volksschule 1956 - 1960

9 Jahre Humanistisches Gymnasium 1960 - 1969

Wehrdienst: 2 Jahre 1969 - 1971

Berufsausbildung: 2 Semester BWL, LMU München 1971/72

15 Monate Bayer. Bereitschaftspolizei,

Eichstätt 1972 - 1974

2 Jahre Ausbildung als Drogist,

München 1974 - 1976

12 Semester Zahnmedizin, LMU München

1978 - 1984

Berufsarbeit: 18 Monate als Drogist, München 1976 - 1978

seit 1.10.84 als Assistenz Zahnarzt,

Zahnklinik München

Approbation: 13.7.1984

